



**Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública**

A Qualidade de Vida e a Satisfação dos Utentes em Unidades de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

VIII Mestrado de Gestão da Saúde

Marisa Rita Ferreira Félix

Orientadores:

Prof. Dr. Adalberto Campos Fernandes

Dr. Manuel Caldas de Almeida

**Lisboa
Julho 2014**

Aquele que envelhece e que segue atentamente esse processo poderá observar como, apesar de as forças falharem e as potencialidades deixarem de ser as que eram, a vida pode, até bastante tarde, ano após ano e até ao fim, ainda ser capaz de aumentar e multiplicar a interminável rede das suas relações e interdependências e como, desde que a memória se mantenha desperta, nada daquilo que é transitório e já se passou se perde.

Hermann Hesse (*Elogio da Velhice*)

Agradecimentos

Ao Orientador da presente dissertação, *Professor Doutor Adalberto Campos Fernandes*, por me ter proporcionado apoio incondicional, fomentando a existência das condições necessárias para investigação realizada. Pela partilha de conhecimentos e valiosas contribuições, agradeço a sua disponibilidade e simpatia que em cada estágio do trabalho em mim depositou.

Ao *Doutor Manuel Caldas de Almeida*, o meu sincero agradecimento pela orientação, pelo profissionalismo e amabilidade demonstrada, possibilitando a realização do estudo, contribuindo como um relevante agente desbloqueador de dificuldades inerentes do estudo. A sua larga experiência foi particularmente útil.

Aos responsáveis do *Hospital do Mar*, do *CERCITOP – Unidade de Cuidados Continuados Integrados* de Algueirão e da *Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia da Amadora*, por permitirem e fazerem possível a minha investigação, agradeço desta forma a todas as instituições acima referidas a oportunidade e o privilégio que tive em poder aplicar convincentemente e com liberdade operacional a aplicação do estudo no terreno, pela confiança em mim depositada e pelo sentido de confiança o meu sincero obrigado.

Aos utentes das Unidades referidas, agradeço a sua participação, carinho e confiança na partilha das suas histórias de vida. Sem eles este projeto não seria possível, o meu sincero obrigado e desejo das suas melhoras.

Ao restante corpo docente da *Escola Nacional de Saúde Pública*, e à secretária de curso e amiga sempre disposta a ajudar os alunos – *Maria Manuela Santos*, agradeço, a ajuda, o apoio e incentivo manifestado. A todos, obrigado pelo estímulo do conhecimento.

O meu sentido agradecimento à minha amiga de sempre, pela paciência, força, e companheirismo dado ao longo de todo este estudo – *Catarina Vaz*, à minha querida amiga *Joana Duarte Silva* que me acompanhou nos vários percursos académicos sempre com um sorriso e palavra amiga; aos meus colegas de curso do mestrado, em especial à *Cecília Girão* e *Solange Fernandes*, que transpuseram da Escola para uma forte e sólida amizade, entre outros tantos que estiveram sempre a meu lado, pelo incentivo e amizade nunca serão esquecidos.

Ao *João Pedro Lopes*, pelo companheirismo, permitindo que em cada momento de adversidade e descrença fosse amenizado e encarado com motivação suplementar, pelo amor e dedicação diária que sempre me dedicou, dando chama, vivacidade e crença, a ti dedico todo este trabalho. Somos uma *Família*.

Aos *Meus Pais, irmã Flávia*, e restante *Família*, uma enorme gratidão, é difícil encontrar palavras assertivas que consigam reproduzir todo o meu carinho, sem eles, não seria o que sou, nem estaria onde estou, a eles pelo amor recebido, pelos ensinamentos e valores recebidos e por sempre acreditarem em mim, o meu eterno obrigado.

Ao fiel *Simba*, um companheiro de todos momentos.

Resumo

Enquadramento: Com o aumento da Esperança Média de Vida, e o consequente envelhecimento generalizado da população portuguesa, envelhecer com boa saúde e com elevada qualidade de vida, onde as pessoas com mais de 65 anos tenham a possibilidade de expressar todas as suas potencialidades e manterem um papel ativo na sua vida e na sociedade, é vincadamente um dos maiores desafios da sociedade contemporânea. Desta forma, foi imposto à sociedade e aos sistemas de saúde, a criação de novas estratégias, que promovessem a reabilitação, a autonomia e a qualidade de vida dos idosos. Nesta linha, surgiu em Portugal a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, combinando os cuidados de saúde com o apoio social adequado a esta população.

Objetivos: Num primeiro objetivo, pretende-se avaliar os diferentes domínios da auto-perceção de qualidade de vida de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, que se encontrem em período de internamento nas diferentes tipologias de Unidades de internamento da RNCCI (Unidade de Convalescença, Unidade de Média Duração e Reabilitação e Unidade de Longa Duração e Manutenção), bem como o seu grau de (in) dependência, de risco de falha de auto-cuidado, e de risco de quedas. Como segundo objetivo propomo-nos a avaliar o grau de satisfação desses mesmos utentes, relativamente à equipa de profissionais de saúde e aos aspetos organizacionais e serviços prestados pela Unidade da RNCCI, onde se encontram internados. Por último, pretendemos averiguar a existência ou inexistência de relação entre as demais variáveis em estudo com a tipologia de Unidade de internamento onde o utente se encontra a receber cuidados.

Métodos: O presente estudo é caracterizado como um estudo quantitativo, de carácter exploratório, e de índole descritivo-correlacional, que visa descrever fenómenos e, posteriormente, identificar e explorar possíveis relações entre variáveis. O estudo centrou-se em indivíduos, com idade igual ou superior a 65 anos, internados em Unidades de Cuidados Continuados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, tendo sido efetuados dois questionários distintos: um de satisfação, e um segundo instrumento de perceção da qualidade de vida, denominado de *EasyCare*, estando este já cientificamente validado a nível internacional e nacional. Foi obtida uma amostra de 35 utentes.

Palavras-chave: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Envelhecimento; Internamento; Qualidade de Vida; Satisfação dos utentes.

Abstract

Background: With the increase in life expectancy, and the subsequent global aging of the Portuguese population, aging with a good health and high quality of life, where people over 65 y.o. have the opportunity to express their full potential and maintain an active role in life and in society, is distinctly one of the greatest challenges of the contemporary society. So in this line of thought, it was imposed on society and health systems, the creation of new strategies that promote rehabilitation, independence and quality of life for seniors. In Portugal it lead to the creation of the National Network for Integrated Continuous Care, combining health care with adequate social support for this population.

Objectives: In a first goal, we intend to evaluate the different domains of self-perception of quality of life for individuals aged over 65 years old who are in a period of hospitalization in one of the different types of inpatient units of the RNCCI (Convalescence Unit, Rehabilitation and Average Duration Unit and Maintenance and Long Duration Unit), as well as their degree of (in) dependence, risk of self-care failure and risk of falls. As a second goal we propose to evaluate the degree of satisfaction of the users, relating to the health professionals and the organizational aspects and services provided by the RNCCI units where they are admitted. By last, we wish to determine the existence or absence of a relationship, between the other variables under study with the type of caring unit where the subjects are receiving care.

Methods: This study is characterized as a quantitative study, of exploratory nature and descriptive and correlational in kind, which aims to describe phenomena and subsequently identify and explore possible relationships between variables. The study focused on individuals, aged 65 years old or more, admitted to the Continuing Care Units of the National Network of Integrated Care, having been made two separate questionnaires: one of satisfaction, and a second instrument of perception of quality life, called EasyCare, this already being scientifically validated at a international and national level. A sample of 35 subjects was obtained.

Keywords: National Network of Integrated Care; aging; hospitalization; Quality of Life; Subject satisfaction.

Índice

Agradecimentos

Resumo

Abstract

Índice de Figuras

Índice de Quadros

Índice de Gráficos

Índice de Tabelas

Índice de Anexos

Índice de Abreviaturas

I. Introdução	1
II. Enquadramento Teórico	4
1. Contextualização e definição de Envelhecimento	5
1.1. Envelhecimento demográfico	9
1.2. O processo de envelhecimento	13
1.3. A saúde e a qualidade de vida dos idosos	18
2. Os cuidados Continuados Integrados em Portugal	21
2.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	21
2.2. O idoso e o internamento	25
3. Satisfação dos utentes com os cuidados de saúde	29
III. Metodologia	32
1. Objetivos do estudo	33
2. Hipóteses de Investigação	34
3. Desenho de investigação	35
4. Procedimento e recolha de dados	35
4.1. Questões éticas	36
5. Instrumentos utilizados	37
5.1. <i>EASYcare (Elderly Assessment System/Sistema de Avaliação de Idosos)</i>	38
5.2. Questionário de Satisfação	41
5.3. Pré-teste	42
6. Amostra do estudo	42
7. Apresentação das variáveis	43
8. Descrição da análise estatística	45
8.1. Análise estatística descritiva	45

8.2. Análise estatística inferencial	46
IV. Apresentação dos Resultados	48
1. Análise Descritiva da Amostra	49
1.1. Caracterização sociodemográfica	49
1.2. Apresentação dos dados obtidos no Instrumento EasyCare	53
1.3. Apresentação dos dados do Questionário de Satisfação	69
2. Análise Inferencial	81
2.1. Teste do Qui-Quadrado	81
2.2. Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>	85
2.3. Análise de Medida de Associação – Correlação de <i>Sperman</i>	91
V. Discussão de Resultados	92
VI. Conclusão	107
VII. Referências Bibliográficas	110
ANEXOS	

Índice de Figuras

Figura 1 – Categorias de idade. (Adaptado de Mañas Rodriguez (1994) citado por Imaginário (2004)).....	6
Figura 2 - Tipos de Cuidados integrantes da RNCCI.....	24
Figura 3 - Processo dinâmico do conceito de Satisfação dos utentes.....	31
Figura 4 – Critérios de inclusão para seleção da amostra.....	42
Figura 5 – Perfil de Caraterização dos utentes internados nas Unidades de internamento.....	94
Figura 6 - Distribuição percentual dos fatores sensoriais mais críticos dos utentes nas respetivas Unidades.....	95
Figura 7 - Maiores e menores dificuldades que os utentes apresentam na dimensão – Mobilidade.....	97
Figura 8 - Perfil dos utentes inquiridos, relativamente aos elementos que refletem a dimensão respetiva à sua Saúde Mental e Bem-Estar.....	101
Figura 9 - Evolução do grau de (in) dependência, de risco de falha no auto-cuidado, e de risco de quedas, do menor (verificado na UC), para o maior (verificado na ULDM).....	102
Figura 10 – Grau de Satisfação atribuído pelos utentes, às dimensões – Satisfação com a equipa de profissionais de saúde e Satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados.....	104

Índice de Quadros

Quadro 1 - O paradigma da perspetiva tradicional do envelhecimento e a perspetiva do envelhecimento ativo. (Adaptado de Osório e Pinto, 2007:216, citado por Carneiro et al, 2012:34).....	8
Quadro 2 – Principais implicações no processo biopsicossocial do Envelhecimento. (Elaboração própria).....	14
Quadro 3 - Objetivo geral e objetivos específicos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Adaptado do Decreto-lei nº101/2006, artigo n.º4).....	23
Quadro 4 – Objetivos gerais e específicos do estudo.....	33
Quadro 5 – Hipóteses de investigação do estudo.....	35
Quadro 6 – Vantagens do Método de Questionário (Adaptado).....	38
Quadro 7 – Questões e dimensões do EASYCare.....	40

Quadro 8 – Questões e dimensões do Questionário de Satisfação.....	41
Quadro 9 – Variáveis do estudo.....	43

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - População residente (em milhares), Portugal, 1900 – 2010 (INE, 2010).....	9
Gráfico 2 - Evolução da Proporção da população jovem e idosa, Portugal 1960-2001 (INE, 2002).....	11
Gráfico 3 - Estrutura etária da população residente em Portugal, 2001 e 2011 (INE - Censos 2011).....	12
Gráfico 4 – Pirâmide etária em Portugal: estimativas em 2009; e projeção para 2035 e para 2060. (Estatísticas demográficas INE 2009).....	12
Gráfico 5 – Distribuição da amostra por tipologia de Unidade de internamento da RNCCI.....	43
Gráfico 6 – Distribuição da amostra pela dimensão “Finanças” por valor global e por tipologia de Unidade de internamento.....	63
Gráfico 7 – Satisfação dos utentes com a forma de como foi recebido e integrado na Unidade de internamento.....	69
Gráfico 8 – Satisfação dos utentes com informação disponibilizada e esclarecida na Unidade de internamento.....	70
Gráfico 9 – Satisfação dos utentes com o desempenho dos profissionais na Unidade de internamento.....	70
Gráfico 10 – Satisfação dos utentes com as competências técnicas dos profissionais na Unidade de internamento.....	72
Gráfico 11 – Satisfação dos utentes com o tempo de atenção e dedicação aos utentes, por parte dos profissionais na Unidade de internamento.....	73
Gráfico 12 – Satisfação dos utentes com o interesse demonstrado pelo utente e pela evolução do seu estado de saúde, por parte dos profissionais, na Unidade de internamento.....	73
Gráfico 13 – Satisfação dos utentes com o Regulamento interno de funcionamento da Unidade de internamento.....	74
Gráfico 14 – Satisfação dos utentes com os horários diários da Unidade de internamento.....	74
Gráfico 15 – Satisfação dos utentes com as Instalações da Unidade de internamento.....	75

Gráfico 16 – Satisfação dos utentes com as instalações sanitárias adequadas às suas características físicas, na Unidade de internamento.....	77
Gráfico 17 – Satisfação dos utentes com os equipamentos técnicos e de apoio, na Unidade de internamento.....	77
Gráfico 18 – Satisfação dos utentes com os serviços da Unidade de internamento.....	78
Gráfico 19 – Satisfação dos utentes com o serviço de refeição da Unidade de internamento.....	79

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição da amostra por idade, segundo o género e a tipologia de Unidade de internamento.....	50
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica do utente, por valor global e por tipologia de Unidade de internamento.....	51
Tabela 3 – Distribuição da amostra dos utentes por diagnóstico clínico, segundo o valor global e a tipologia da Unidade de internamento.....	53
Tabela 4 – Distribuição da amostra pela dimensão “Visão, Audição, Comunicação” por valor global e por tipologia de Unidade de internamento.....	54
Tabela 5 – Distribuição da amostra pela dimensão “Auto-Cuidado” por valor global e por tipologia de Unidade de internamento.....	57
Tabela 6 – Distribuição da amostra pela dimensão “Mobilidade” por valor global e por tipologia de Unidade de internamento.....	61
Tabela 7 – Distribuição da amostra pela dimensão “Segurança” por valor global e por tipologia de Unidade de internamento.....	62
Tabela 8 – Distribuição da amostra pela dimensão “Manter-se saudável” por valor global e por tipologia de Unidade de internamento.....	64
Tabela 9 – Distribuição da amostra pela dimensão “Saúde Mental e Bem-Estar” por valor global e por tipologia de Unidade de internamento.....	66
Tabela 10 – Grau de (in) dependência por valor global e por tipologia de Unidade de internamento.....	67
Tabela 11 – Grau de Risco de falha na prestação de autocuidado por valor global e por tipologia de Unidade de internamento.....	68
Tabela 12 – Grau de Risco de Quedas por valor global e por tipologia de Unidade de internamento.....	68

Tabela 13 - Distribuição da amostra referente à satisfação com o tratamento prático diário (fisioterapia), por tipologia de Unidade de internamento.....	71
Tabela 14 - Distribuição da amostra referente à satisfação dos utentes com a disponibilidade dos profissionais para ajudar, por tipologia de Unidade de internamento.....	72
Tabela 15 - Distribuição da amostra referente à satisfação com os horários diários por tipologia de Unidade de internamento.....	75
Tabela 16 - Distribuição da amostra referente à satisfação do utente com o perímetro do espaço das divisões, e com o silêncio nos quartos, por tipologia de Unidade.....	76
Tabela 17 - Distribuição da amostra referente à satisfação com a adequação das instalações sanitárias, por tipologia de Unidade.....	77
Tabela 18 - Distribuição da amostra referente à satisfação coma higiene e limpeza das instalações, por tipologia de Unidade de internamento.....	79
Tabela 19 - Distribuição da amostra referente à satisfação com a temperatura da refeição, por tipologia de Unidade de internamento.....	80
Tabela 20 – Caraterização estatística dos resultados globais das Dimensões do Questionário de Satisfação, por amostra global e por Unidade de internamento.....	81
Tabela 21 – Caraterização das relações significativas entre cada questão do instrumento EASYcare e a Unidade de internamento do utente (Teste de independência do Qui-Quadrado).....	83
Tabela 22 – Caraterização das relações significativas entre cada questão do Questionário de Satisfação e a Unidade de internamento do utente (Teste de independência do Qui-Quadrado).....	84
Tabela 23 - Caraterização das diferenças da distribuição do Grau de (in) dependência nas tipologias de Unidade de internamento. (Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>).....	86
Tabela 24 – Comparação múltipla de médias de ordem do grau de dependência nas tipologias de Unidade de internamento. (Teste de <i>Dunn</i>).....	86
Tabela 25 - Caraterização das diferenças da distribuição do risco de Auto-cuidado nas tipologias de Unidade de internamento. (Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>).....	87
Tabela 26 – Caraterização das diferenças da distribuição do risco de quedas nas tipologias de Unidade de internamento. (Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>).....	87
Tabela 27 – Caraterização das diferenças da distribuição da Satisfação com a equipa de profissionais de saúde nas tipologias de Unidade de internamento. (Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>).....	88
Tabela 28 – Comparação múltipla de médias de ordem da Satisfação com a equipa de profissionais de saúde nas tipologias de Unidade de internamento. (Teste de <i>Dunn</i>).....	88

Tabela 29 – Caraterização das diferenças da distribuição da Satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados nas tipologias de Unidade de internamento. (Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>).....	89
Tabela 30 – Comparação múltipla de médias de ordem da Satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados nas tipologias de Unidade de internamento. (Teste de <i>Dunn</i>).....	89
Tabela 31 – Caraterização das diferenças da distribuição da Satisfação global nas tipologias de Unidade de internamento. (Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>).....	90
Tabela 32 – Comparação múltipla de médias de ordem da Satisfação global nas tipologias de Unidade de internamento (Teste de <i>Dunn</i>).....	90
Tabela 33 - Análise de correlação de <i>Sperman</i> entre as variáveis: Unidade de internamento, faixa etária dos utentes, grau de dependência dos utentes, satisfação com a equipa de profissionais e satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados.....	91

Índice de Anexos

Anexo I. – Instrumento EASYcare aplicado no estudo

Anexo II. – *Scores* do instrumento EASYcare

Anexo III. Questionário de avaliação de satisfação dos utentes internados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados

Anexo IV. Consentimento informado

Anexo V. Pedido de autorização para aplicação de questionários nas Unidades

Anexo VI. Parecer positivo da Comissão Científica do Hospital do Mar

Anexo VII. Parecer positivo da Comissão de Ética do Hospital da Luz

Anexo VIII. Autorização de utilização do instrumento EASYcare

Índice de Abreviaturas

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC – Acidentes Vascular Cerebral

AVD – Atividades Básicas de Vida Diária

CERCITOP - Centro de Educação e Reabilitação de Deficientes de Todo o País

EASYcare - *Elderly Assessment System/Sistema de Avaliação de Idosos*

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EGA - Equipa de Gestão de Altas

EIHCS - Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EPIC - *European Prototype for Integrated Care*

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS - Organização Mundial de Saúde

QDV/ QV – Qualidade de Vida

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCOPE - *Supporting Clinical Outcomes in Primary Care for Elderly*

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UC - Unidade de Convalescença

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

UDPA - Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

WHO - *World Health Organization*

I. Introdução

Introdução

O fenómeno do envelhecimento humano tem ganho um impacto social de grandes dimensões, nos últimos anos. Em Portugal, à semelhança de outros Países desenvolvidos, verificou-se um aumento crescente da esperança média de vida, o que resultou numa mudança de perfil populacional, traduzindo-se numa primeira instância na mudança da estrutura da pirâmide etária – uma diminuição significativa na base da mesma, revelando a diminuição da população jovem, e inversamente, um aumento do topo da pirâmide, traduzida pelo aumento significativo de idosos; na prevalência continuada de doenças crónicas e de incapacidade gravosa; nas expetativas mais elevadas e exigentes dos utentes, que incorreu, necessariamente numa procura de respostas mais ajustadas e diferenciadas para a população mais idosa e/ ou mais dependente, para fazer face ao aumento das suas necessidades sociais e de saúde.

Viver mais anos e possibilitar o prolongamento da esperança de vida, já não consiste no único objetivo considerado pela sociedade, a mesma requer que esse mesmo prolongamento de anos de vida, seja acompanhado de bem-estar psicossocial e de qualidade de vida, numa perspetiva saudável e ativa. Lehr (2000), citado por Osório e Pinto (2007), reflete que uma política dirigida aos idosos deve compreender três fatores – manutenção e aumento das suas capacidades, de forma a reduzir a sua dependência; incremento e melhoria das medidas de reabilitação para o idoso ter possibilidade de voltar a ter uma vida independente; e resolver problemas dos idosos que estejam dependentes de outras pessoas (Osório e Pinto, 2007:199). Nesta linha, a OMS definiu como meta até 2020 - “envelhecer com boa saúde”, onde é preconizado que as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos devem ter a possibilidade de *“expressar todas as suas potencialidades de saúde e manter um papel ativo na sociedade”* (Da Silva *et al*, 2010:8).

Neste âmbito, surgiu a necessidade do desenvolvimento de políticas e estratégias sociais e de saúde para esta população, que promovessem esta mesma maximização de capacidades, através de uma maior autonomia e independência, e um maior atendimento às suas necessidades sociais e emocionais. Foi criada a 6 de Junho, pelo Decreto-lei n.º101/2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no âmbito do Ministério de Saúde e do Trabalho e o Ministério da Solidariedade Social, com o objetivo de otimizar o tratamento dos doentes após a ocorrência de um evento agudo ou o agravamento de doença crónica, através de um serviço de cuidados diferenciados, que promove a melhoria de qualidade de vida e de satisfação dos utentes.

Apesar das modificações nas capacidades e competências, resultantes do próprio processo de envelhecimento, importa conhecer a perceção que os idosos têm acerca da sua

Qualidade de Vida e bem-estar, de forma a perceber se as respostas que visam promover a sua autonomia e independência (Unidades de Internamento da RNCCI), encontram-se, efetivamente, a melhorar a sua Qualidade de Vida (Feliz, 2012). Outro aspeto que se revela importante, nesta linha, consiste na avaliação da satisfação que os idosos determinam dessas mesmas respostas criadas, permitindo identificar as dimensões e os elementos que estão a contribuir para manter e/ou a melhorar a sua Qualidade de Vida, possibilitando possíveis reformulações ao nível dos aspetos organizativos, serviços prestados, e competências de equipas de profissionais de saúde.

Este estudo de investigação compreende duas partes principais, compostas pelo enquadramento teórico, e pela metodologia, apresentação e discussão de resultados. Primeiramente procede-se à contextualização e definição do envelhecimento, fazendo uma abordagem ao seu processo biopsicossocial, ao fenómeno demográfico do envelhecimento da população, e à qualidade de vida dos idosos. Posteriormente é feita a caracterização e o desenvolvimento dos Cuidados Continuados em Portugal, emergentes da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), especificando as tipologias de Unidades de cuidados de internamento – Unidade de Convalescença (UC), Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), e Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM), precedidas de um breve enquadramento acerca do idoso em situação de internamento. Por último, é descrita a caracterização e a importância da avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de saúde.

Relativamente à metodologia, a mesma é fragmentada em - Objetivos do estudo, Hipóteses de Investigação, Desenho de investigação, Procedimento e recolha de dados (Questões éticas), Instrumentos utilizados – o EASYcare e um outro questionário de Avaliação de Satisfação dos Utentes, construído por elaboração própria, foi também, caracterizada a amostra do estudo, seguida da apresentação das variáveis do estudo.

O presente estudo realizado, tem como desenho de investigação, uma natureza quantitativa, caracterizando-se como um estudo exploratório, e de índole descritivo-correlacional e transversal, que visa descrever fenómenos e, posteriormente, identificar e explorar possíveis relações entre variáveis, através das duas partes integrantes da análise estatística – análise estatística descritiva e análise estatística inferencial, utilizando os testes do Qui-Quadrado, teste de *Kruskal-Wallis*, e o coeficiente de correlação de *Spearman*.

O estudo tem assim, como objetivos centrais - Avaliar a auto-perceção de Qualidade de vida de utentes internados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados; e avaliar o grau de satisfação desses mesmos utentes relativamente à Unidade da RNCCI, onde se encontram internados, testando as Hipóteses de Investigação definidas no Estudo, nos capítulos de Apresentação e Discussão de Resultados.

II. Enquadramento Teórico

1. Contextualização e definição de Envelhecimento

O fenómeno do envelhecimento à escala mundial, sobretudo nos países desenvolvidos, representa um desafio inesperado, tanto ao nível individual, económico e social, como nos sistemas de saúde, para o qual a sociedade não estava preparada para lhe responder. Contudo, o envelhecimento, *à priori*, representa um fenómeno positivo para os indivíduos e para a própria sociedade, na medida em que revela os progressos económicos, sociais, tecnológicos, e biomédicos efetuados pela humanidade. (Cabral *et al*, 2013)

Muitas são as definições existentes para o conceito de envelhecimento, contudo, é unânime de que este se encontra associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas, e sociais, que se vão evidenciando de forma progressiva com o aumentar da idade. Para Yates (1993), citado por Paúl e Fonseca (2005:28), o envelhecimento pode ser definido como,

“(...) um processo termodinâmico de quebra de energia, geneticamente determinado e condicionado ambientalmente, deixando resíduos que progressivamente aumentam a probabilidade de ocorrência de muitas doenças, de acidentes e de instabilidades dinâmicas que por fim resultam na morte.”

O mesmo autor (Yates, 1993) considera que o envelhecimento se manifesta pelo declínio da integridade funcional de um órgão, tecido ou células particulares, através de falhas de cooperação entre componentes biológicos, ou até, com a idade, a partir do aumento da associação entre funções que resultam numa instabilidade dinâmica. (Paúl e Fonseca, 2005)

Para Imaginário (2004), as características mais evidentes no processo do envelhecimento são a redução da capacidade do organismo se adaptar a mudanças do meio ambiente, as transformações que ocorrem no corpo, e as alterações de personalidade. Contudo, e segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995), as alterações provocadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a um ritmo diferente de pessoa para pessoa, dependendo de fatores internos como a sua constituição genética e estado de saúde, e de fatores externos como o seu estilo de vida, a sua condição económica e educação, atividades desenvolvidas, e ambiente inserido.

Existe uma discussão referente à caracterização de um indivíduo como “idoso” ou “velho”. Autores como Spar e La Rue (2005), citado por Sequeira (2010:7), defendem a idade cronológica como medida para definir o envelhecimento, desta forma, indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos (idade da reforma, variando em função do país e profissão) são considerados idosos.

Em contraposição, outros autores defendem que a utilização do critério da idade cronológica, para definir o envelhecimento, não é adequado. Neste sentido, Paúl e Fonseca (2005), referem que a idade cronológica não nos dá uma série de informações importantes, como da sua trajetória de vida, da qualidade da mesma, do seu foro psicológico, e mesmo do seu estado de saúde. Desta forma, seguindo a linha dos mesmos autores, o envelhecimento deverá ser encarado, não apenas pela idade, mas fundamentalmente pela perspetiva biológica e fisiológica, que ressalvam a heterogeneidade das características dos indivíduos, independentemente da idade. Imaginário (2004) reflete que a idade cronológica surge como uma forma de identificar os indivíduos, no entanto as características inerentes ao desenvolvimento biológico, psicológico, e social podem ser tão diferente entre indivíduos, que uma caracterização generalizada pela idade “(...) *se torna arbitrária, pois dificilmente se encontram critérios homogêneos que a fundamentem.*” Por sua vez, Berger e Mailloux-Poirier (1995) fundamenta que o envelhecimento não deve medir-se apenas pela idade cronológica, existindo, no entanto, fatores independentes das alterações biológicas, como a mudança de papéis na sociedade e a perda da atividade profissional, estão associados a este envelhecimento cronológico.

Para alguns autores torna-se assim vantajoso, categorizar as idades. Mañas Rodriguez (1994), citado por Imaginário (2004), determina três tipos de idade: idade cronológica, idade biológica, e idade funcional, explicitados na figura seguinte.

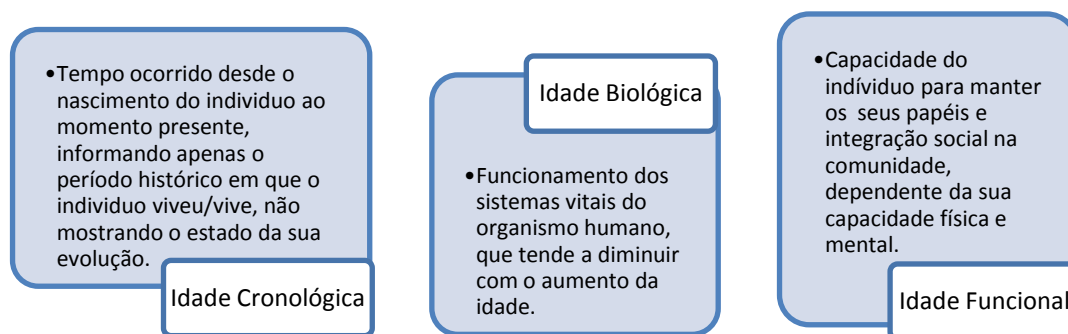


Figura 1 – Categorias de idade (adaptado de Mañas Rodriguez (1994) citado por Imaginário (2004)). – Elaboração própria.

No entanto, e apesar da falta de consenso, a OMS, com o objetivo de uniformizar os critérios, identifica em países mais desenvolvidos, como idoso qualquer individuo com idade igual ou superior a 65 anos, independentemente do seu estado de saúde e sexo, e com mais de 60 anos em países menos desenvolvidos (Carneiro *et al*, 2012).

Apesar de atualmente a preocupação com o envelhecimento estar mais visível e patente em estudos e trabalhos de investigação, dados os elevados custos a que estão associados no âmbito da prestação de cuidados de saúde, esta preocupação e problemática remonta ao antigo testamento, muitos anos antes de Cristo, e ocupou também pensamentos de Filósofos como Platão (427-437 a.C.) que encarava o envelhecimento como um seguimento dos jovens e dos adultos, Hipócrates (460-377 a.C.) deu início às hipóteses médicas referentes a questões do envelhecimento, considerando-o como “(...)um fenómeno natural, físico e irreversível, onde se estava mais predisposto à doença devido à diminuição da resistência.”, Galeno (131-201) relacionou o envelhecimento com o processo de desidratação do corpo, onde os ossos e os órgãos se tornam fracos e secos, deixando deste modo, de funcionar na sua plenitude, Paracelso (1493-1541) fez um paralelo entre a velhice e a ferrugem, considerando a alimentação equilibrada um fator crucial para aumentar o tempo de vida (Sequeira, 2010:9; Paúl e Fonseca, 2005:22).

Em 1903, Elie Metchikoff propôs uma nova ciência, representativa da população idosa – a gerontologia, tendo contudo, só o reconhecimento devido em 1945, com a criação da *Society of Gerontology*, na América do Norte. (Sequeira, 2010:9) Através do desenvolvimento progressivo da Gerontologia como uma nova e importante ciência, em 1999 foi consagrado o “Ano Internacional dos Idosos”, implementado pelas Nações Unidas (Paúl e Fonseca, 2005:24).

Apercebemo-nos que a perspetiva de envelhecimento sofreu diversas alterações e evoluções ao longo dos anos. No entanto, os predispostos não sofreram grandes alterações, continuando a entender-se o envelhecimento como um fenómeno natural e irreversível, com uma predisposição superior para a doença, e a conceção de que uma alimentação equilibrada poderá prolongar o tempo de vida.

Fries (1980), citado por Squire (2005:10), reflete acerca da teoria da “compressão da morbilidade”, que traduz a doença como uma consequência inevitável da idade avançada e que requer mais cuidados sociais e de saúde, no entanto, com a melhoria da prestação de cuidados de saúde e maiores condições sociais e ambientais resulta num afastamento da doença até um período de tempo mais tardio, levando a um aumento do tempo de vida sem manifestações de doença e de incapacidades, seguido por um período curto de incapacidade antes da morte. Autores como Katz et al (1983) e Colvez (1996), citados por Botelho (2000:23), defendem que para além desta teoria da “compressão de morbilidade”, pode-se caminhar no sentido de uma outra noção – “compressão das incapacidades”, correspondente a um aumento da esperança de vida de forma ativa, através de um maior conhecimento, maior prevenção e recuperação de situações de incapacidade, geralmente provenientes de doenças crónicas.

Existe um paradigma, bastante presente nos dias de hoje, que se traduz na forma de olhar os idosos. No passado, os idosos eram encarados como indivíduos frágeis, doentes, em situação de dependência, pobreza, e solidão, assumindo uma perspetiva negativa sobre os mesmos. Hoje, é assumida uma forma mais positiva de encarar o idoso, onde se fomenta um envelhecimento bem-sucedido e ativo, que se traduzem, essencialmente, na sua “(...) autonomia física, psicológica e social”, bem como no suporte social que detenha (Paúl e Fonseca, 2005:76), dando oportunidade ao idoso, de tirar, inclusive, partido desta fase de vida. Desta forma, e seguindo a linha de Osório e Pinto (2007:216), *citado por* Carneiro *et al* (2012:34), o novo paradigma de envelhecimento ativo face à perspetiva tradicional de envelhecimento pode ser esquematizado da seguinte forma (Quadro 1)

Perspetiva tradicional do envelhecimento	Perspetiva do envelhecimento ativo
Niilista	Esperançoso
Deterioração	Crescimento e desenvolvimento
Incapacidade	Saúde e bem-estar
Institucionalização e dependência	Autonomia, independência, e interdependência
Forte resistência à mudança	Ajustamento à mudança
Incapaz de aprender	Estimulação intelectual
Preparação para a morte	Desfrutar o dia-a-dia
Vulnerabilidade/ passividade	<i>Empowerment</i>
Qualidade de vida (uma dimensão)	Qualidade de vida (multidimensional)
Desapego social	Envolvimento social
Isolamento comunitário	Integração comunitária
Negação e fuga aos desafios	Enfrentar desafios
Necessidade, défices, perda de oportunidades	Força, habilidades, desejos, oportunidades
O passado e o que este poderia ter sido	O futuro e o que ele ainda poderá representar
O microambiente	O macro ambiente
Comportamentos “apropriados à idade”	Comportamentos neutrais para a idade
Uso de um <i>stock</i> terapêutico	Melhoria terapêutica
Estilo de vida sedentário	Ativismo e atividade
Receber	Dar, prestar voluntariado, trocar

Quadro 1 - O paradigma da perspetiva tradicional do envelhecimento e a perspetiva do envelhecimento ativo. (Adaptado de Osório e Pinto, 2007:216, *citado por* Carneiro *et al*, 2012:34)

Estes novos pressupostos de envelhecer, levam-nos a um outro conceito – a qualidade de vida dos idosos, de carater multidimensional, que a sua garantia e promoção detém hoje, um peso importantíssimo na saúde do idoso. Torna-se, assim, imperativo continuar a estudar o envelhecimento da população, com vista a encontrar respostas que

possibilitem uma maior promoção de saúde e uma importância acrescida à qualidade de vida dos idosos para prolongar o seu tempo de vida de forma positiva e saudável, e consequentemente, leve a um atenuar de custos e gastos evitáveis de cuidados de saúde facultados a esta população a nível nacional.

1.1. Envelhecimento demográfico

As características sociais, demográficas, e económicas da população de um país são intrínsecas a qualquer sistema de saúde. Num contexto de transformações sociodemográficas constantes que se têm evidenciado nos países desenvolvidos, são evidenciadas novas necessidades e problemas, que pressupõem novas soluções que potenciem a efetividade e a eficiência na utilização de recursos, assim como a aquisição de resultados positivos de saúde.

Desde 1900 que a população residente em Portugal aumentou significativamente, embora este crescimento não tenha sido uniforme (INE, 2010), como representado no gráfico 1.

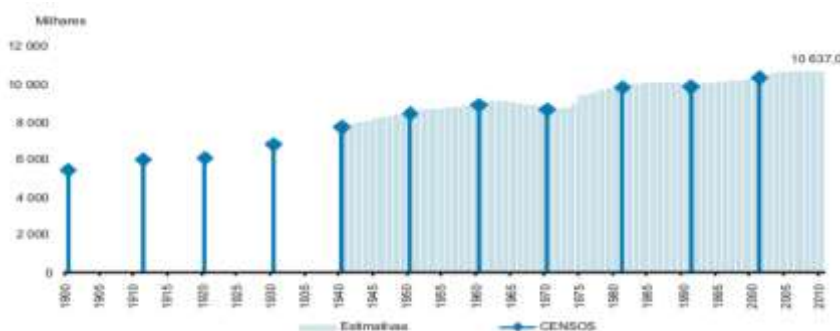


Gráfico 1 - População residente (em milhares), Portugal, 1900 – 2010 (INE, 2010)

Segundo os dados do INE (2010), após o crescimento da população entre 1900 e 1911, houve uma quebra de crescimento populacional em 1920 derivado “*dos efeitos da primeira guerra mundial, da gripe pneumónica e dos fortes movimentos migratórios*”, ressurgindo uma nova fase de crescimento da população entre 1920 e 1940. Outro período agravado por fortes movimentos migratórios, resultou numa diminuição da população entre 1965 e 1973. É a partir de 1974 que se regista um maior aumento da população em Portugal, resultante dos “*fluxos de imigração da população proveniente das ex-colónias*”, e é a partir da década de 90, até aos primeiros anos do século XXI, que se verifica um crescimento da população em idade ativa, mas também do aumento da proporção da população idosa, resultante do aumento da esperança de vida. Contudo este crescimento da população em Portugal, não foi acompanhada de um aumento da natalidade - desde a década de 60 que são observadas taxas de crescimento natural reduzidas e mesmo negativas, como verificado

nos anos de 2007 (-0,01%), de 2009 (-0,05%), e de 2010 (-0,04%), onde o número de crescimentos foi inferior ao número de óbitos. Portugal à semelhança de muitos outros países apresenta uma tendência de envelhecimento demográfico (INE, 2010). É consensual na literatura, que o fenómeno do envelhecimento tem particular relevância nos países desenvolvidos, derivado do aumento da esperança de vida e da baixa taxa de mortalidade infantil, no entanto tem ganho dinamismo, também, nos países em desenvolvimento.

Imaginário (2004:13) define o envelhecimento demográfico como “o *aumento da proporção das pessoas idosas na população total*.” Corroborando este conceito, as projeções demográficas da *European Commission* de 2009 apontam que até 2020 a população com idade igual ou superior a 65 anos representará cerca de 20,1% da percentagem total da população europeia. Sendo que serão 103,1 milhões de idosos que face aos 84,6 milhões estimados em 2008 representam um acréscimo de mais de 18,5 milhões de pessoas com idade superior a 65 anos, e os *ratios* de dependência deste grupo relativamente à população ativa (entre os 15 e 64 anos), passarão dos 3/1 verificados atualmente, para os 4/1. (Gonçalves, S., in coord. Simões, J., 2009).

O envelhecimento da população é, na realidade, um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas e é proveniente de fatores como - a redução de taxas de natalidade, o aumento da esperança média de vida, as mudanças ao nível familiar e social, como a migração dos jovens para as grandes cidades à procura de emprego, a emancipação da mulher, e a consequente diminuição da sua prestação de cuidados de saúde a familiares mais envelhecidos (Moura, 2006:42). Este fenómeno do envelhecimento, deriva também, do desenvolvimento tecnológico e da medicina moderna, que possibilitou o diagnóstico, prevenção e cura de muitas doenças, assim como, da melhoria das condições de vida, aliadas a uma promoção de vida mais saudável. (Imaginário, 2004:14)

Contudo, segundo Gonçalves (in Coord. Simões, 2009), este aumento da longevidade “*não foi acompanhado por um aumento equivalente de ganhos em anos de vida saudável, no sentido de que a população vivendo em média mais anos sofre de uma qualquer doença durante mais tempo*”, isto é, os últimos anos de vida são frequentemente acompanhados por uma maior fragilidade e incapacidade, bem como uma maior prevalência de doenças (Da Silva *et al*, 2010:13). Para além destas consequências do aumento da longevidade, existem outros problemas inerentes, nomeadamente ao nível do financiamento dos sistemas de saúde, pois sabido é, que a população mais idosa tende a necessitar e a utilizar mais serviços e cuidados de saúde, levando a um aumento dos custos e gastos em saúde.

Imaginário refere que para os demógrafos existem dois tipos de envelhecimento demográfico: na base, que ocorre quando a percentagem de jovens começa a diminuir,

levando a uma redução da base da pirâmide etária; e no topo que contrariamente à anterior ocorre quando a percentagem de idosos começa a aumentar, resultando num alargamento da parte superior da pirâmide etária (Imaginário, 2004:28). Em Portugal, este fenómeno do aumento da população idosa ocorreu de forma progressiva. Segundo dados do INE (2000), desde 1980 até 1997, o número da população idosa em Portugal, teve um aumento de 3,7%, passando de 11,5% para 15,2%, assim como o índice de envelhecimento¹, que quase se duplicou em 15 anos, assumindo em 1980 a percentagem de 44,9%, e em 1995 a percentagem de 83,5%. É verificado, ainda, uma perda de autonomia, e uma maior dependência desta população, passando de 18,1% para 20,6% (Costa, 2002:29). Entre 2005 e 2010, segundo dados do INE (2010), a proporção de jovens teve um decréscimo de 15,6% para 15,1%, a proporção de indivíduos com idade ativa (15-64 anos) diminuiu de 67,3% para 66,7%, por fim, e inversamente às duas anteriores, teve um aumento de 17,1% para 18,2%, aumentando o índice de envelhecimento de 110 para 120 idosos por cada 100 jovens.

De facto, assistimos a um aumento significativo de idosos, bem como a um declínio de jovens, representando assim um duplo envelhecimento, como evidenciado no gráfico 2.

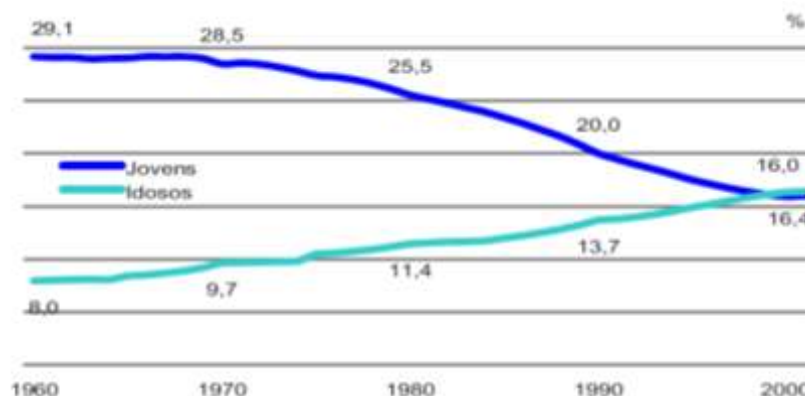


Gráfico 2 - Evolução da Proporção da população jovem e idosa, Portugal 1960-2001 (INE, 2002)

Entre 1960 e 2001, é apresentado um decréscimo de 36% da população jovem, e um aumento de 140% da população idosa, ocupando esta, 16,4% da população total em 2001, ao inverso dos 8,0% que detinha em 1960.

Conforme um estudo elaborado pela *Deloitte* - Saúde em análise: Uma visão para o futuro (2011), em Portugal apesar de se verificar um aumento da população nos últimos anos em 5%, esse crescimento está acompanhado de uma inversão da pirâmide demográfica, onde há um alargamento nas camadas superiores, e uma diminuição das

¹ Relação existente entre o número de idosos (população com 65 ou mais anos) e o número de jovens (população com 0-14 anos). Exprime-se habitualmente pelo número de idosos por cada 100 pessoas com 0-14 anos. (INE, 2011)

camadas inferiores, da população mais jovem. Comparando os censos realizados em 2011 e os censos de 2001, está patente esse mesmo fenómeno, retratando uma diminuição da base da pirâmide etária da população, correspondente à população mais jovem, e um alargamento do topo da pirâmide, correspondente à população mais idosa, como exemplificado no gráfico 3 que se segue.



Gráfico 3 - Estrutura etária da população residente em Portugal, 2001 e 2011 (INE - Censos 2011)

Segundo projeções do Instituto Nacional de Estatística (2009), em Portugal, de 2009 até 2060, a percentagem de população jovem diminuirá de 15,2% para 11,9%; a população em idade ativa reduzir-se-á de 66,9% para 55,7%, ao invés da população idosa, que está previsto o aumento de 17% para 32,3%, resultando num índice de envelhecimento de 271 idosos por cada 100 jovens.

Deste modo prevê-se uma nova alteração ao nível da pirâmide etária, que segundo uma projeção do INE em 2009, caso não sejam tomadas medidas atempadas, traduzir-se-á na seguinte forma, entre 2009, 2035, e 2060 (gráfico 4):

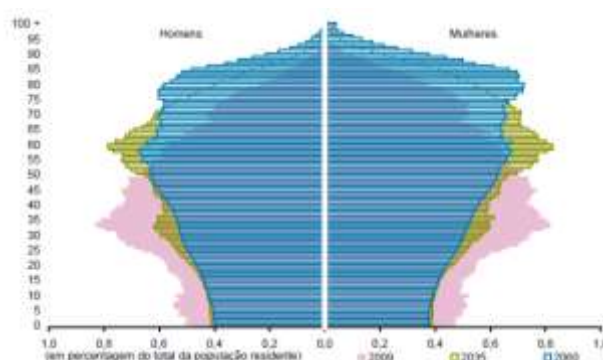


Gráfico 4 – Pirâmide etária em Portugal: estimativas em 2009; e projeção para 2035 e para 2060. (Estatísticas demográficas INE 2009)

Consequentemente, com o aumento desenfreado da população idosa em virtude da população mais jovem, acresce ainda o índice de dependência dos idosos² que a mesma apresentará nos próximos anos, atingindo em 2050, a percentagem de 57,8 de idosos dependentes de outros, quer familiares e amigos, quer a nível institucional ou assistência domiciliária. (Sequeira, 2010)

Conhecer as projeções relativas à população idosa constitui uma ferramenta essencial para a procura e adoção de medidas que possam reduzir o seu impacto negativo no futuro, e potenciar o seu impacto positivo. De facto, as alterações demográficas vieram revitalizar as consciências para a necessidade iminente de promover o envelhecimento saudável, com saúde e qualidade de vida, autonomia, independência, durante um maior período de tempo possível. (Sequeira, 2010:3)

1.2. O processo de envelhecimento

Compreender o processo de envelhecimento constitui um fator importante e com a maior relevância nos dias de hoje, na medida em que o envelhecimento está patente desde que nascemos até morrermos, e temos de aprender a planeá-lo e a promovê-lo de forma bem-sucedida, através da autonomia física, psicológica e social do idoso. (Sequeira, 2010:19)

O processo de envelhecimento é muitas vezes acompanhado de perdas, de problemas de saúde, de mudanças de caráter ambiental e social, não se traduzindo apenas em modificações biológicas de natureza orgânica e funcional. Trata-se de um processo multifacetado, dependente de vários fatores fisiológicos, sociais e psicológicos, estando estes interligados entre si, e influenciando o estado de saúde de um indivíduo. Fatores esses como *“(...) a sua constituição genética, fatores exógenos como o ambiente, a dieta, a personalidade e o estilo de vida (...), o enfraquecimento geral de certas funções, como a visão, as quais, por sua vez, podem afetar respostas que prejudiquem a saúde.”* (Squire, 2005:16)

Constitui-se deste modo, num fenómeno biopsicossocial, onde se desenvolvem três dimensões: a biológica, a psicológica, e a social, manifestando-se nos indivíduos, de forma distinta, ao longo dos anos através de alterações de caráter irreversível, e condicionadas pelas circunstâncias e vivências de vida, repercutindo-se de forma negativa na realização das atividades diárias. (Fernandes da Silva, 2006)

De uma forma geral e sintética, são implicadas da seguinte forma (Quadro 2):

² Índice De envelhecimento: Relação entre o número de idosos e a população em idade ativa. Definido habitualmente como a relação entre a população com 65 ou mais anos e a população com 15 – 64 anos. (INE, 2011)

	Envelhecimento Biológico	Envelhecimento Psicológico	Envelhecimento Social
Processo de Envelhecimento	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição dos mecanismos metabólicos; - Diminuição da capacidade de regeneração das células; - Alterações da eficiência de órgãos vitais; - Diminuição da capacidade funcional; - Diminuição da atividade muscular, e perda de tecido muscular. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade de adaptação a mudanças; - Baixa autoestima; - Falhas de memória; - Declínio do raciocínio e do tempo de reação; - Diminuição da capacidade de aprendizagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforma; - Solidão; - Inatividade; - Segurança; - Alterações nas relações sociais e familiares; - Situação económica; - Habitação.

Quadro 2 – Principais implicações no processo biopsicossocial do Envelhecimento. (Elaboração própria)

1.2.1. Envelhecimento Biológico

Para Jacques (2004:35), *citado por* Fernandes da Silva (2006:9), envelhecer na perspetiva biológica “é um processo segundo o qual um organismo existe no tempo e muda fisicamente, sendo comum a todos os seres vivos, evocando um desenvolvimento contínuo”, deste modo o nosso organismo, como resultado do aumento da idade, vai-se modificando de forma progressiva, tornando-se mais vulnerável.

Para entender o processo biológico do envelhecimento humano, o autor Carlos Sequeira (2010:19) considera primordial distinguir dois conceitos: o conceito **Senescência**, definido como o “conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem em consequência do processo de envelhecimento”, ou seja, é uma consequência direta do processo de envelhecimento; e o conceito de **Senilidade**, definido como o “conjunto de modificações determinadas pelas afeções que as pessoas idosas apresentam”, ou seja, as modificações patológicas naturais da idade. Para Spar e La Rue (2005), a senescência poderá ser considerado como envelhecimento primário, caracterizado pelas mudanças corporais e ao declínio da capacidade física da idade, enquanto que a senilidade é apresentada como o envelhecimento secundário, através de mudanças que ocorrem mais frequentemente, mas que não têm de estar implicadas necessariamente em todos os idosos, dependendo antes das suas características individuais. (*citado por* Sequeira, 2010:20)

Botelho (2000:19) considera que *“o funcionamento do organismo humano é mantido à custa de uma série de mecanismos intrínsecos, subjacentes a todos os processos biológicos.”* Assim, e numa perspetiva evolucionista, os mecanismos de manutenção metabólica estão sujeitos a diminuir e até eliminar-se, à medida que aumenta a longevidade dos indivíduos, e conseqüentemente, dar-se a danificação da estrutura e da função dos vários órgãos e tecidos, bem como uma redução da capacidade de resposta do organismo a situações de *stress* provenientes do meio ambiente, surgindo uma maior probabilidade de manifestações de doença, relacionado também com o aumento da idade. (Botelho, 2000:19)

Deste modo, o envelhecimento biológico é caracterizado pela diminuição da taxa metabólica, resultante da redução de trocas energéticas que ocorrem no organismo, por uma *“perda de capacidades, como sejam a captação máxima de oxigénio, do débito cardíaco, da função renal, da função digestiva e da água intracelular”* (Cabete, 2005:9); e pelas alterações internas que ocorrem no nosso organismo resultante da mudança ocorrida em alguns órgãos vitais e no metabolismo basal, que conseqüentemente implicam uma redução da capacidade funcional. (Sequeira, 2010:21).

Spar e La Rue (2005) particularizam as alterações que ocorrem nos principais sistemas do nosso organismo, decorrentes do envelhecimento: no sistema cardiovascular, ocorre uma diminuição do tamanho e flexibilidade do coração, resultando numa menor eficácia deste órgão, ocorre também uma perda na elasticidade dos vasos, acumulando depósitos nas suas paredes, originando, desta forma, uma diminuição da circulação sanguínea e um menor ritmo cardíaco; no sistema respiratório, há uma perda de elasticidade e dilatação alveolar, reduzindo a capacidade ventilatória; no sistema renal, é menos eficiente na libertação de toxinas e outras substâncias, bem como há uma perda de capacidade de esvaziamento da bexiga; no sistema gastrointestinal, não há uma absorção, de nutrientes, tão eficiente, tornando-se mais complicada a sua eliminação, levando a uma atrofia da mucosa gástrica; no sistema musculo-esquelético, há uma redução da massa muscular e óssea, há uma rigidez e falta de força nas articulações que resultam em problemas de mobilidade; e no sistema nervoso, depararamo-nos com perdas e alterações intelectuais, como a diminuição da sensação tátil, a dificuldade em executar movimentos finos com controlo e destreza, a redução da capacidade de memória, e dificuldades na postura e equilíbrio. (*citado por* Sousa, J., 2013:26; Sequeira, C., 2010:22)

Para além destes fatores que caracterizam o envelhecimento biológico, são evidentes também as mudanças físicas e corporais que afetam a saúde e reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo.

1.2.2. Envelhecimento Psicológico e Cognitivo

Sequeira (2010:23) defende que o envelhecimento psicológico depende de “(...) *fatores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural em que [o idoso] se encontra inserido e da forma como cada um organiza e vivencia o seu projeto de vida*”. Nesta linha, entendemos que a genética, o estilo e os hábitos de vida, e o bem-estar psicológico são cruciais para um processo de envelhecimento bem-sucedido.

Segundo Spar e La Rue (2005), *citados por* Sousa (2013:27), uma parte do envelhecimento psicológico está interligada de forma direta com as alterações biológicas do idoso. Assim, com o aumento da idade, “*a inteligência, a linguagem, as funções de execução, a velocidade, a coordenação visuo-espacial e mesmo o raciocínio sofrem declínios mais ou menos significativos com reflexões óbvias no comportamento.*” De facto, estas mudanças biológicas têm implicações no funcionamento cognitivo, bem como na personalidade dos idosos, e podem mesmo resultar na falta de motivação nas atividades diárias do indivíduo, na baixa autoestima, na dificuldade de adaptação de novos papéis na sociedade e na adaptação de mudanças de natureza ambiental e/ou social. (Alves dos Santos, 2008)

Quanto ao desempenho cognitivo, não se verificam alterações significativas no que respeita à inteligência, embora se verifique um desempenho mais lento de alguns processos, como o tempo de reação e a velocidade do processamento de informação, bem como a sua aquisição, que conseqüentemente, irá diminuir capacidade de aprendizagem (Cabete, 2005); a capacidade de memória, com o avançar da idade, também é reduzida, sendo o maior declínio ao nível da memória de acontecimentos mais recentes, devido em grande escala “*às alterações no sistema sensório-motor*”. (Sequeira, 2010)

1.2.3. Envelhecimento Social

Para além do processo biológico e psicológico, o envelhecimento é também um processo social, que se traduz na alteração de atitudes e de mentalidades que resultam das relações sociais e condições de vida. (Osório e Pinto, 2007)

Neste processo de envelhecimento, é verificada “*uma retração da vida social, perda de familiares e amigos, perda do papel desempenhado ao nível do emprego, da sociedade, da família*” (Cabete, 2005:9). Os idosos são, assim, associados a alterações substanciais de papéis na sociedade, na família, ao nível laboral e ocupacional, e nas relações sociais, aos quais têm de se adaptar.

Nesta perda de papéis, o mais prejudicial para o idoso, é a perda da atividade profissional derivada da reforma. Esta é imposta aos indivíduos ao atingirem os 65 anos de

idade, independentemente da sua capacidade e vontade de continuar a exercer a sua atividade profissional. Para Imaginário (2004), esta fase não é devidamente preparada, deixando os indivíduos com sentimentos de dispensa e inutilidade, afastados das suas relações socio-laborais, e com dias livres e vazios, sem atividades programadas.

Como refere Berger e Mailloux-Poirier (1995),

“(...) o isolamento, a miséria, a inatividade e a desvalorização podem ser fatores de stress importantes que comprometem o equilíbrio físico e psíquico por vezes frágil dos idosos (...), [enquanto que] As pessoas idosas bem integradas no meio são capazes de adoptar uma atitude psicossocial positiva, isto é, reconhecer que fizeram bem aquilo que tinham a fazer e de encarar com serenidade a proximidade do fim.” (Berger e Mailloux-Poirier, 1995:190)

Refletindo aqui, na importância da integração do idoso na comunidade, do suporte social, e da própria autoestima, para uma melhor adaptação e vivência nesta fase de vida.

Ainda segundo os mesmos autores, existem várias teorias que explicam a influência dos fatores sociais e culturais no processo de envelhecimento bem sucedido, duas importantes são a “Teoria do Descomprometimento”, de Cumming e Henry, que consiste num afastamento, por parte do individuo, da vida social, de uma forma progressiva, priorizando-se mais a si próprio como ser individual, e deixar de se implicar tão afetivamente com outros, priorizando assim um maior equilíbrio, e preparando-se para uma nova forma de vida, sem haver uma mudança tão brusca; e a “Teoria da Atividade”, de Havighurst e Albrecht, que pressupõe que a pessoa idosa necessita de atividade para ser feliz, e para tal, a mesma deve procurar novos papéis na sociedade ou arranjar formas de conservar os seus antigos papéis (Berger e Mailloux-Poirier, 1995:191). É assim, crucial, que o idoso se mantenha ativo e ocupado no seu quotidiano, que aprenda a desfrutar do tempo do tempo livre que dispõe nesta nova fase de vida.

Outra mudança difícil de gerir no processo social do envelhecimento é a redução do ciclo de amigos e do núcleo familiar associada a mortes, afastamentos, e até mesmo à própria condição física e psíquica do individuo. Numa perspetiva global, a necessidade premente de constituir novas redes sociais, implica um desafio para os idosos no combate à solidão.

No seio familiar, há, também, uma alteração de papéis, onde o idoso passa de um elemento responsável pela família, integrador e crucial para a sua subsistência para apenas mais um simples elemento da mesma. A estrutura familiar sofreu algumas modificações, contrariamente ao modelo tradicional, as famílias têm agora uma menor dimensão, a posição da mulher foi alterada com a sua emancipação laboral, abandonando o papel de potencial cuidadora de familiares, e o emprego ganhou uma maior competitividade, é caracterizado por uma maior exigência, mobilidade, e uma carga horária mais acrescida e

exigente. Todos estes fatores contribuem para uma menor assistência e atenção, por parte da família, para com as necessidades do idoso, essencialmente o idoso dependente, condicionando a presença do mesmo no seu contexto familiar. (Sequeira, 2010).

Importa, assim, incrementar formas de apoio e grupos de suporte e entreaajuda aos idosos que lhes permita uma melhor integração na vida social.

1.3. A saúde e a qualidade de vida dos idosos

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO,1946), a saúde “(...) *é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*”. Apesar de constituir uma abordagem holística, considera-se que um individuo para ser considerado saudável na sua globalidade, necessita de manter o seu bem-estar físico, mental e social no dia-a-dia, sem que o processo de envelhecimento o afete, não implicando necessariamente a ausência de problemas de saúde.

Atualmente, tanto o conceito de envelhecimento bem-sucedido, caracterizado por uma forte capacidade funcional e suporte social dos indivíduos, como o conceito de envelhecimento ativo, baseado nas características comportamentais, sociais, e pessoais, assumem uma grande importância na Gerontologia (Paúl e Fonseca, 2005). Para o envelhecimento ser bem-sucedido, o processo que o envolve requer indicadores de adaptação, como o bem-estar psicológico através de dimensões como a autonomia, as relações sociais, a concretização de objetivos, o crescimento pessoal e a aceitação de si próprio; a competência funcional e comportamental; e a qualidade de vida percebida (Paúl e Fonseca, 2005). É evidente que se for promovida uma vida com qualidade e com hábitos saudáveis mesmo nas idades mais avançadas, poderá ser atenuado o processo de envelhecimento, prevenindo a doença e a perda da independência. (Squire, 2005)

Na literatura, é constante utilizar o estado de saúde e a qualidade de vida de um individuo como conceitos sinónimos, contudo são conceitos distintos, sendo que “*a QV pode ser uma consequência do estado de saúde, mas a saúde é apenas um dos determinantes da QV*” (Santos e Sousa, 2013:10). Assim, outros indicadores (sociais, pessoais e psicológicos) influenciam a Qualidade de Vida do idoso, tais como os hábitos e estilo de vida, o desempenho das atividades, o bem-estar físico, cognitivo, e psicológico, e social, os apoios sociais e de saúde, o estatuto socioeconómico, as relações sociais, a autonomia e capacidade funcional, e o seu local de residência (em casa ou institucionalizadas). (Santos e Sousa, 2013; Paúl e Fonseca, 2005)

A Qualidade de Vida (QDV), ao ser percecionada como um indicador de adaptação ao envelhecimento, resultou num interesse crescente e numa maior investigação nesta área. Para Gorete Santos e Liliana Sousa (2013:9), o conceito de qualidade de vida é tido como *“subjetivo, complexo e multidimensional, influenciado pela percepção individual, e por fatores biológicos, culturais, sociais e ambientais (como idade, raça, cultura e estatuto socioeconómico)”*.

A definição por nós adotada é a da Organização Mundial de Saúde em 1994 (WHO, 1997), que pressupõe a QDV como *“uma percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expetativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente.”*³

É verificado, assim, que a qualidade de vida relacionada com a saúde, comporta alguns domínios de avaliação, pelo que selecionamos três que consideramos mais importantes: a dimensão psicológica, a dimensão social, e a dimensão física e funcional, influenciados pelas experiências, expetativas e percepções dos indivíduos. (Imagínario, 2006:58)

A **dimensão psicológica** inclui aspetos como o funcionamento cognitivo do indivíduo, o bem-estar e satisfação com a vida, as atitudes e comportamentos positivos que o indivíduo assuma, e a percepção que tem acerca da sua saúde.

Desta forma, Gorete e Santos (2013:10), citando Lazarus (1998), referem que a Qualidade de Vida depende da aquisição de processos de *coping* e de atitudes que permitam que o idoso se mantenha envolvido no meio onde se insere.

Este processo de *coping* é utilizado pelos idosos numa tentativa de ajustamento às dificuldades. Brandtstadter (1998) define dois conceitos distintos deste processo: o *coping* assimilativo caracterizado pela *“tentativa de diminuir as perdas atuais ou antecipadas através de ações compensatórias, ora tentando transformar as situações negativas em situações que se ajustam aos objetivos, ora diminuindo a discrepância entre o estado atual e o desejado ou ideal”*, e o *coping* acomodativo, como a *“adoção de objetivos e padrões de mais baixo nível ou exigência, permitindo assim manter o sentido de autoeficácia e controlo sobre a vida.”* (citado por Paúl e Fonseca, 2005:78). Assim, a percepção positiva de qualidade de

³ Traduzido de: WHO (1997:1) defines Quality of Life “as individuals’ perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person’s physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationship to salient features of their environment.” (Retirado de: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf a 20 de Dezembro de 2013)

vida por parte do idoso, está dependente da forma como decorre este processo de *coping* no indivíduo.

A **dimensão social** baseia-se na interação do indivíduo doente com o meio ambiente onde se insere, nas suas relações pessoais com amigos e familiares, no apoio social derivado dessas mesmas relações, na auto-estima e na forma de lidar com a doença.

Por último, a **dimensão física e funcional** (alguns autores, dividem-nas em duas dimensões diferentes, contudo neste estudo foi considerada uma única), diz respeito à capacidade do indivíduo realizar tarefas que lhe confinam bem-estar e autonomia, e aos sintomas físicos como a dor e o desconforto. (Imaginário, 2006).

A Qualidade de Vida é frequentemente e maioritariamente associada à dependência da capacidade funcional, na medida em que para um idoso atingir um equilíbrio de bem-estar e qualidade de vida, necessita de ter autonomia para satisfazer as suas necessidades, e realizar por si próprio as atividades do dia-a-dia, não dependendo de outras pessoas. Amaral e Vicente (2000:25) referem que o conceito de dependência é definido, segundo o Grupo Multidisciplinar do Conselho da Europa, como *“a pessoa que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual tem necessidade de uma ajuda importante a fim de realizar necessidades específicas resultantes da realização das atividades da vida diária”*. Esta dependência dos idosos resulta de uma combinação de fatores biológicos e cognitivos, mas também de fatores como a idade, estatuto socioeconómico, dos hábitos de saúde e de vida (alimentação, prática de exercício físico), e da capacidade física e mental. (Paúl e Fonseca, 2005:32)

Assim, o estado funcional do idoso pode ser avaliado em dois níveis, considerados pela OMS: o desempenho das atividades das tarefas básicas necessárias para uma vida independente e autónoma, como o cuidado pessoal (tomar banho, vestir-se, pentear-se), deslocar-se de um local para outro (mesmo que curtas distâncias), levantar-se, e alimentar-se, as quais se denominam de “Atividades Básicas de Vida Diária” (AVD); e o desempenho de atividades e funções do quotidiano, como fazer compras, lides domésticas, utilizar o telefone, e gerir o dinheiro, que se denominam de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). (WHO, 2004; Cabete, 2005:16)

Deste modo, mais importante que avaliar o estado de saúde do idoso, é avaliar o seu *“potencial funcional e a sua capacidade de adaptação e que o estado funcional está dependente de variáveis como o meio [onde está inserido]”* (Cabete, 2005:18).

Neste sentido, somos reportados para a necessidade de internamento em contexto hospitalar, derivado de problemas de saúde e/ou de carácter funcional, em que o idoso está inserido num meio diferente da sua residência habitual, o que envolve um conjunto de mudanças a vários níveis.

2. Os cuidados Continuados Integrados em Portugal

Em Portugal, à semelhança de outros países, derivado do progressivo aumento da esperança média de vida, do conseqüente envelhecimento da população, da prevalência de doenças crónicas e de incapacidade, que alteraram o perfil da população, emergiram novas necessidades sociais e de saúde.

Até há pouco tempo, a única resposta para as pessoas que se encontravam em situações de incapacidade e dependência, com necessidade de cuidados especializados, era constituída por unidades hospitalares. Este fato não só se revelava prejudicial para os doentes, no sentido de estarem expostos a possíveis infeções e a eventos adversos, num período temporal mais elevado do que o necessário, reduzindo também, o nível de eficiência e capacidade de resposta a outras situações agudas, como também se revelava prejudicial em termos económicos (Monteiro *et al*, 2013). Neste contexto, tornava-se imperioso a criação de uma nova forma de cuidados de saúde continuados e integrados, adequados para estas pessoas, com necessidades específicas, que promovessem a sua reabilitação e autonomia.

Reconhecendo esta necessidade, em Abril de 2005, através da Resolução do Conselho n.º84/2005, de 27 de Abril, foi criada uma Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, envolvido pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Solidariedade social, tendo como objetivo primordial em identificar as necessidades atuais das pessoas idosas e/ou de pessoas que se encontrassem em situação de dependência ou de perda de autonomia, estabelecendo estratégias e intervenções adequadas para lhes dar resposta, através de um modelo que preconizasse a prática integrada dos cuidados continuados, através de uma complementaridade entre o setor social, privado e o setor da saúde.

Neste contexto, foi criada a 6 de Junho, pelo Decreto-lei n.º101/2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no âmbito do Ministério de Saúde e do Trabalho e o Ministério da Solidariedade Social, adotando uma filosofia centrada “*no cuidar e no reabilitar*”, não na cura da doença (Da Silva, *et al.*, 2010: 110).

2.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Com a criação da Rede, surge o conceito de cuidados continuados e o conceito de cuidados integrados, que embora muitas vezes, sejam utilizados como sinónimos, são vincadamente distintos. Desta forma, e citando Dias e Santana (2009), o objetivos dos cuidados continuados é assumidamente gerar “(...) a criação de respostas integradas entre

os setores social e de saúde, quer no domicílio quer em ambulatório, para pessoas em situação de dependência e que necessitam de cuidados complementares e interdisciplinares de longa duração”, ao invés de que, o conceito de cuidados integrados, para além da perspetiva do utente, envolve implicações ao nível da tecnologia, da gestão de serviços, tendo como objetivo o aumento da autonomia do utente e a prestação de cuidados personalizados de forma contínua, numa perspetiva de melhoria da qualidade do “acesso, eficácia, eficiência e satisfação” do utente. (Dias e Santana:2009:13)

Os Cuidados Continuados Integrados são definidos pelo artigo n.º3, do Decreto-lei n.º101/2006, como,

“(…) o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.” (Decreto-Lei n.º101/2006)

De assinalar que, estão abrangidos, pela RNCCI, todos os indivíduos, independentemente da idade, que estejam numa situação de dependência, traduzida por uma falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência, deficiência, doença severa e/ou incurável, ou pelo fato de os indivíduos, simplesmente, não possuírem capacidade para realizar *Atividades de Vida Diárias* (AVD), ou não existir apoio familiar. (Artigo n.º3 do Decreto-Lei n.º101/2006).

A RNCCI, é assim, constituída por um objetivo principal – a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que se encontram em situação de dependência, que se traduz em 7 objetivos específicos, enumerados no artigo n.º4, ponto 2, apresentados no quadro que se segue (Quadro 3).

Objetivo geral da RNCCI	Prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência
Objetivos Específicos da RNCCI	<p>a) Melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;</p> <p>b) Manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;</p> <p>c) Apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;</p> <p>d) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;</p> <p>e) Apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados.</p> <p>f) Articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;</p> <p>g) Prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.</p>

Quadro 3 - Objetivo geral e objetivos específicos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados Adaptado
(Decreto-lei nº101/2006, artigo n.º4)

O objetivo primordial para a criação da RNCCI, consistiu em otimizar o tratamento dos doentes após a ocorrência de um evento agudo ou o agravamento de doença crónica, provindo-lhes um maior conforto e qualidade de vida, mesmo para situações não recuperáveis (Canha *et al*, 2013:684).

Surgem assim diferentes tipologias de cuidados de saúde, integrantes da RNCCI, que vão desde a alta hospitalar até ao domicílio dos utentes, de forma a garantir a

continuidade do seu tratamento, da sua recuperação funcional, e reinserção em unidades de internamento alternativas aos hospitais, bem como ao domicílio, através de equipas de cuidados domiciliários. Assim, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, prevê diferentes tipos de cuidados prestados distintos: Unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias (Figura 2).

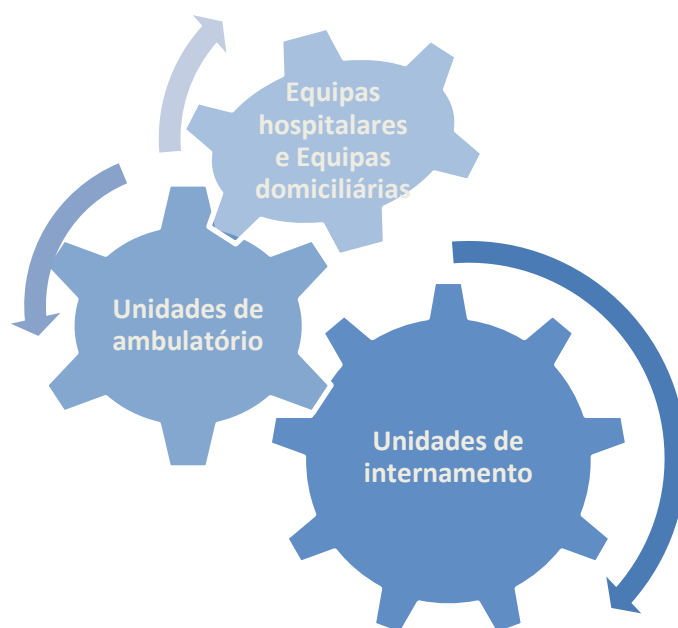


Figura 2 - Tipos de Cuidados integrantes da RNCCI.

As Unidades de internamento distinguem-se em quatro tipologias distintas: Unidade de Convalescença, Unidade de Média Duração e Reabilitação, Unidade de Longa Duração e Manutenção, e Unidade de Cuidados Paliativos, sendo que quando exista necessidade, podem articular-se entre si, num regime de complementaridade, na continuação da prestação de cuidados.

Para os Cuidados de Ambulatório, os cuidados continuados integrados prestam-se através de Unidades de Dia e Promoção da Autonomia, tendo como missão, a reabilitação, a recuperação, e a inserção do doente, através da prestação de cuidados de suporte e promoção de autonomia e apoio social a pessoas dependentes, que não possam ser cuidadas no domicílio. (Artigo n.º21 do Decreto-lei n.º101/2006, de 6 de Junho)

Nos cuidados prestados por Equipas Hospitalares e Domiciliárias, existe um mecanismo de Referenciação dos utentes na articulação entre outros serviços. As Equipas Hospitalares são constituídas pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA), que preparam e gerem as altas hospitalares e, posteriormente as referenciam para outros serviços, quando os utentes necessitem de acompanhamento dos seus problemas de saúde e sociais, no domicílio e/ou em articulação com Unidades de internamento (Artigo n.º23 do Decreto-lei

n.º101/2006, de 6 de Junho); e constituídas também pelas Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos, que têm como finalidade, a prestação de aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos ao serviço do hospital, podendo prestar cuidados diretos e fornecer orientações do plano de intervenção aos utentes, quando solicitados. (Artigo n.º25 do Decreto-lei n.º101/2006, de 6 de Junho).

As Equipas Domiciliarias são constituídas por Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) – que decorrente da avaliação integral de cuidados médicos, do diagnóstico, e da avaliação do grau de dependência do doente, se responsabilizam pelos cuidados primários de saúde e pelos recursos sociais, para a prestação de serviços domiciliários para os utentes cuja situação não necessite de internamento, mas que não se consigam deslocar do domicílio (Artigo n.º27 do Decreto-lei n.º101/2006, de 6 de Junho); e por Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) – que têm como objetivo prestar serviços no domicílio a pessoas em situação de dependência funcional, doenças terminal, ou em processo de convalescença, que não possam deslocar-se do domicílio, e não requerem internamento (Artigo n.º29 do Decreto-lei n.º101/2006, de 6 de Junho).

De seguida procede-se à caracterização das três tipologias de Unidades de internamento consideradas para o presente estudo – Unidade de Convalescença, Unidade de Média Duração e Reabilitação, e Unidade de Longa Duração e Manutenção, precedida de uma breve introdução acerca do impacto do internamento na população idosa.

2.2. O idoso e o internamento

O processo de mudança e adaptação de uma pessoa idosa representa uma dificuldade superior ao de uma pessoa mais jovem, em qualquer circunstância. Contudo no que se refere a um processo de mudança que envolva um afastamento da sua residência habitual para uma instituição de internamento, alterando todas as suas rotinas diárias e autonomia, essa dificuldade torna-se mais acentuada.

O internamento surge da necessidade de tratar um problema de saúde, que pode causar e/ou agravar a dependência funcional do idoso, e este pode representar, inicialmente, uma “ameaça” psicológica ao bem-estar do idoso, na medida em que lhe são impostas regras e passa a estar dependente de outros na realização de qualquer tipo de atividade ou função, perdendo o controlo da sua vida.

São identificados fatores ambientais externos associados à prestação deste tipo de cuidados geriátricos, como *“limitação da liberdade individual e diminuição do auto-controlo,*

estímulos cognitivos desagradáveis como sons, imagens, cheiros e sensações, e não reconhecimento ou satisfação de necessidades individuais”, que são influenciados por fatores inerentes ao próprio indivíduo, como a sua idade, capacidade cognitiva, dependência funcional, risco de quedas, entre outros. (Nelson, 1995 *citado por* Cabete, 2005:28)

Há assim uma necessidade premente de adaptação ao internamento, sendo que alguns indivíduos reagem melhor, percebendo o motivo e razão das mudanças, o suporte social, e encaram o internamento de forma mais positivista, enquanto que outros indivíduos o encaram de forma pessimista, e criam sentimentos de tristeza, solidão, insegurança, incapacidade, e angústia, podendo piorar o seu estado clínico. (Cabete, 2005)

Deste modo, tornou-se fundamental, a existência de unidades de internamento que obedecessem a determinados critérios e especificidades deste tipo de população, através da adoção de uma medicina preventiva, do tratamento e da reabilitação da condição clínica destes indivíduos, e onde fosse desenvolvido “(...) *o bem-estar, a capacidade funcional, a integração social e a qualidade de vida*”. (Cabete, 2005:31), com o objetivo primordial de conseguir manter a vida do idoso com alguma qualidade, através da oferta do apoio adequado de cuidados, por profissionais de saúde, e da maximização da sua autonomia. (Hall *et al*, 1997:39)

2.2.1. Tipologias de Unidades de internamento

a) Unidades de Convalescença (UC)

A Unidade de Convalescença caracteriza-se como uma Unidade de internamento, com espaço físico próprio ou integrada num hospital de agudos ou noutras instituições, que visa prestar tratamento e supervisão clínica, de forma continuada e intensiva, bem como, prestar cuidados de reabilitação, na sequência de um período de internamento hospitalar derivado de “uma situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.” (Artigo n.º13 do Decreto-lei n.º101/2006, de 6 de Junho). Têm por principal finalidade a estabilização clínica e funcional, bem como a avaliação e a reabilitação total do indivíduo com perda transitória de autonomia, que seja possivelmente recuperável e que não necessite de cuidados em Hospitais de agudos.

É pretendido, com esta tipologia de unidade, dar respostas a necessidades transitórias, de forma a maximizar os ganhos em saúde, através de uma promoção da reabilitação e independência dos utentes, de uma contribuição para uma maior eficiência na gestão das altas dos hospitais de agudos, evitando permanências exacerbadas e desnecessárias nos mesmos, e de uma otimização da utilização das Unidades de

internamento de média e de longa duração. Estas Unidades destinam-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos, podendo coexistir com as Unidades de internamento de média e longa duração. (Artigo n.º13 e n.º14 do Decreto-lei n.º101/2006, de 6 de Junho)

Estas Unidades admitem utentes que se encontrem numa situação de dependência recente, derivada de um episódio agudo, com potencialidade de melhoria, que necessite de cuidados de saúde permanentes, ao nível de reabilitação intensiva, alimentação por sonda nasogástrica, tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas, manutenção e tratamento de estomas, terapêutica parentérica, e medidas de suporte respiratório; que necessite de um ajuste e administração de terapêutica; que detenha alguma síndrome possível de recuperação, como depressão, confusão, problemas de deglutição, deterioração sensorial, ou com eficiência e segurança de locomoção comprometida; que detenha um risco iminente de descompensação, derivado de doença crónica; de indicação de programa de reabilitação até 30 dias; ou que o utente detenha síndrome de locomoção. (Entidade Reguladora da Saúde, 2013)

b) Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR)

A Unidade de Média Duração e Reabilitação consiste numa Unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com os hospitais de agudos, que visa a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, necessários após a recuperação de um processo agudo clínico, e/ou descompensação do processo patológico crónico para pessoas com perda de autonomia recuperável. Tem como finalidade, à semelhança da Unidade descrita anteriormente, a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação total do indivíduo com perda transitória de autonomia, que seja possivelmente recuperável e que não necessite de cuidados em Hospitais de agudos. O período previsível de internamento compreende entre 30 a 90 dias consecutivos, e os utentes admitidos nesta Unidade, provêm de outras respostas da RNCCI, de instituições de saúde, de instituições de solidariedade e segurança social, e ainda, do domicílio, quando necessitem de cuidados de internamento, mas não de cuidados tecnologicamente diferenciados. (Artigo n.º15 e n.º16 do Decreto-lei n.º101/2006, de 6 de Junho)

Estas Unidades destinam-se a todos os utentes que se encontrem numa situação de dependência, resultante de uma doença aguda ou agudização de doença crónica, que necessitem de cuidados de saúde diários e permanentes, como reabilitação intensiva, medidas de suporte respiratório, prevenção ou tratamento de úlceras, manutenção e tratamento de estomas; que possuam alguma síndrome possivelmente recuperável –

depressão, confusão, eficiência e segurança da locomoção; que tenham indicação para programas de reabilitação até 90 dias; ou que detenham síndrome de imobilização. (Entidade Reguladora da Saúde, 2013)

c) Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM)

Estas Unidades possuem um espaço físico próprio, são de caráter temporário ou permanente, e visam prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a indivíduos que detenham doenças ou processos crónicos, com diferentes graus de dependência, que não estejam possibilitadas para ser cuidadas no domicílio. Tem como finalidade, proporcionar cuidados específicos que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, oferecendo conforto e qualidade de vida a estas doentes. O período de internamento, geralmente é superior a 90 dias consecutivos, podendo ser mesmo permanente, contudo em situações temporárias, como dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do cuidador informal, o período poderá ser inferior a 90 dias. Estas Unidades pretendem dar resposta a necessidade sociais e de saúde, maximizando e potencializando a manutenção de capacidades para atividades de vida diárias (AVDs), facilitando a gestão de altas dos hospitais de agudos, e promovendo a autonomia e a satisfação dos doentes. (Artigo n.17 do Decreto-lei n.º101/2006, de 6 de Junho)

Os utentes admitidos nestas Unidades, podem provir de outras respostas da RNCCI, como outra tipologia de Unidade de internamento, de instituições de saúde e de solidariedade e segurança social, ou ainda do domicílio. São indivíduos que se encontram em situação de dependência, necessitando de cuidados médicos e de enfermagem diários; indivíduos que derivado de patologia aguda e/ ou crónica, não detenham autonomia nas atividades de vida diárias, e deste modo necessitem de cuidados diferenciados; indivíduos que apresentem uma patologia crónica, de evolução lenta, com uma reduzida previsão e potencialidade de melhoria clínica e funcional; que não detenham potencialidade de recuperação a curto e a médio prazo; ou que apresentem alguma síndrome, como depressão, confusão, desnutrição/problemas na deglutição, deterioração sensorial, ou que a eficiência e segurança de locomoção se encontrem comprometidas. (Entidade Reguladora da Saúde, 2013)

3. Satisfação dos utentes com os cuidados de saúde

Compreender a perceção da satisfação do utente sobre os serviços de saúde, tem sido, desde o final dos anos 70, uma das maiores prioridades no domínio científico, no sentido de monitorizar a qualidade desses mesmos serviços. O objetivo inicial consistia na aquisição de melhores resultados clínicos através de uma maior adesão dos utentes aos tratamentos, sendo alargado posteriormente, para o conhecimento da opinião dos mesmos, relativamente aos vários elementos que compõem os serviços de saúde, que vão desde a relação interpessoal dos profissionais de saúde com os utentes, até à *“qualidade das instalações do serviço, passando pela qualidade técnica dos profissionais de saúde.”* (Vaitsman e De Andrade, 2005:600)

De facto, em Portugal, a opinião do utente assume-se de elevada importância, sendo reconhecido em diplomas legais, nomeadamente na Lei de Bases da Saúde – Lei n.º48/90 de 24 de Agosto, a qual no ponto n.º1 da Base II, refere que a política de saúde nacional se rege, entre outras diretrizes, pelo funcionamento estruturação e articulação dos serviços de saúde e dos serviços de segurança e bem-estar social, em prol do interesse do utentes, assim como, pela promoção da participação dos utentes na definição da política de saúde e no controlo do funcionamento dos serviços. Na Base V, referente aos direitos e deveres dos cidadãos, é reforçado que todos os cidadãos *“(…) têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses.”* A avaliação da satisfação do utente, revela-se importante e como critério de sucesso, também, na medida em que, e segundo o preconizado na Base XXX, é recolhida informação acerca da qualidade dos serviços, do seu grau de aceitação por parte dos utentes, assim como a *“(…) a razoabilidade da utilização dos recursos em termos de custos e benefícios.”*

A satisfação do utente é um conceito sujeito a múltiplas concepções e dimensões, assumindo uma grande variedade concetual, mediante a literatura revista. No entanto, no presente estudo, adotamos a concepção mais unânime, que considera a satisfação como o resultado entre as expetativas do utente quanto aos cuidados de saúde, e a sua perceção sobre o cuidado que realmente recebeu. (Oliveira e Guirardello, 2005; Pereira *et al*, 2001).

Este resultado despoletará sentimentos de felicidade, caso os cuidados correspondam ou excedam as suas expetativas, ou de desapontamento, se os cuidados recebidos ficarem aquém das mesmas (Santos *et al*, 2012), havendo situações, inclusive, que o utente tendo expetativas mais baixas, poderá levar a uma maior satisfação com os serviços, assim com um elevado nível de exigência poderá incorrer numa menor satisfação (Mendes *et al*, 2013). Deve-se, assim, procurar equilibrar as expetativas do utente com os serviços de saúde prestados (Santos *et al*, 2012).

Nos últimos anos, a satisfação dos utentes tem sido associada à qualidade dos cuidados de saúde, como um critério de avaliação da mesma, que nos fornece informações acerca das expectativas e das necessidades dos utentes, possibilitando uma melhor adequação dos serviços de saúde das mesmas, bem como a sua melhoria. Nesta linha, Oliver *et al* (1994), citado por Santos *et al* (2012:44), refere que a satisfação dos utentes encontra-se relacionada com a mensuração de opiniões dos utentes, que compreendem “(...) a avaliação da qualidade dos serviços, intenções comportamentais futuras, a perceção do utente sobre os resultados clínicos e a satisfação geral com a organização de saúde”.

Assim, a satisfação com os cuidados de saúde é composta por diferentes dimensões - satisfação com a equipas de profissionais de saúde, envolvendo elementos como a informação prestada relativa ao problema de saúde e tratamento do utente, como a competência técnica, e como as características comportamentais e relacionais dos mesmos para com os utentes; bem como a satisfação com os próprios serviços prestados e os aspetos organizativos da instituição de saúde.

Segundo Oliveira e Guirardello (2006), os enfermeiros e os utentes, na avaliação da qualidade, priorizam aspetos diferentes: enquanto que os primeiros consideram que a qualidade dos serviços prestados é, maioritariamente, influenciada pelas competências técnicas, os utentes consideram mais importantes os aspetos interpessoais entre si e os profissionais de saúde, valorizando demonstrações de carinho, atenção recebida, e empatia (Oliveira e Guirardello, 2006). Seguindo esta linha, Hespanhol *et al* (2005) considera, igualmente, que os utentes dão uma maior importância a aspetos como a acessibilidade e a disponibilidade dos cuidados, dando menor enfoque aos aspetos técnicos dos serviços (Hespanhol *et al*, 2005). Para Pereira *et al* (2001), o fator considerado mais importante na satisfação do utente, consiste na informação que lhe é dada pelos profissionais de saúde, relativamente ao seu problema de saúde e ao tratamento a adotar (Pereira *et al*, 2001). Por sua vez, Millan *et al* (2005), referidos por Santos *et al* (2012), desenvolveram um estudo onde identificaram seis características que, maioritariamente influenciam a satisfação dos utentes num serviço – o atendimento aos utentes, que se satisfatório, poderá implicar uma maior adesão ao tratamento; a estrutura, caracterizada por aspetos organizacionais, como a limpeza das instalações e os acessos e equipamentos adaptados a limitações físicas dos utentes; os médicos e/ ou outros profissionais, que pressupõem um sentimento de confiança e segurança fundamentado na competência profissional já conhecida; o preço; a comunicação entre profissionais e utentes; e a conveniência, caracterizada por aspetos como a localização da instituição de saúde, e a facilidade de marcação de consulta e de serviços complementares (Santos *et al*, 2012).

Desta forma, compreende-se que existem diversas conceções acerca do que é relevante no processo de satisfação dos utentes, sendo que em ultima instância, as expetativas, e consequente nível de satisfação, poderão ser influenciados por anteriores experiências de cuidados recebidos noutra instituição de saúde, o que implica conhecimento prévio do utente sobre o serviço, os resultados obtidos, a perceção do estado de saúde e de doença, as próprias características individuais e personalidade do individuo, assim como as suas crenças e valores (Oliveira e Guirardello, 2005). Na figura que se segue (figura 3), apresentamos, esquematicamente, a satisfação dos utentes, como um processo dinâmico e multidimensional, onde se apresentam todas as variáveis aqui referidas, como intrinsecamente relacionadas e/ou influentes na satisfação dos utentes.



Figura 3- Processo dinâmico do conceito de Satisfação dos utentes. (Elaboração própria).

No que concerne aos utentes idosos, é consensual na literatura que os mesmos requerem um cuidado e uma atenção acrescidos, derivado da sua condição mais fragilizada, dando um ênfase acrescido às relações interpersonais com os profissionais de saúde. Assim, o conceito de satisfação pode ser entendido como subjetivo e complexo.

Em suma, a participação dos utentes na avaliação de cuidados de saúde, traduz-se numa melhoria dos serviços de saúde, compreendendo uma maior informação acerca das necessidades dos utentes, podendo dar-lhes uma resposta mais eficiente, traduzindo-se, segundo Mendes *et al* (2013), numa maior qualidade de vida, promovida pela maior adesão aos tratamentos e à continuidade na utilização dos serviços de saúde (Mendes *et al*, 2013).

III. Metodologia

1. Objetivos do estudo

Uma vez delineado o objeto do estudo, foi necessário definir os objetivos gerais e, esmiuçá-los, com um maior detalhe, em objetivos específicos. De forma a facilitar a compreensão dos mesmos, foram sintetizados num quadro informativo e indicativo, apresentado de seguida (Quadro 4).

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Avaliar a auto-perceção de Qualidade de vida de utentes internados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados	Descrever o utente internado em cada tipologia de UCCI quanto às suas características sociodemográficas;
	Descrever o utente internado em cada tipologia de Unidade de internamento da RNCCI, quanto às sete dimensões que avaliam a sua auto-perceção de qualidade de vida;
	Avaliar o grau de dependência, o grau de risco de auto-cuidado/ suscetibilidade de risco de admissão hospitalar, e o grau de risco de quedas dos utentes internados em cada tipologia de Unidade de internamento da RNCCI.
Avaliar o grau de satisfação desses mesmos utentes relativamente à Unidade da RNCCI, onde se encontra internado	Avaliar o grau de satisfação dos utentes com a Equipa de Profissionais de Saúde;
	Avaliar o grau de satisfação dos utentes com os aspetos organizacionais e serviços prestados;
	Avaliar a Satisfação Global dos utentes com a Unidade de internamento, integrante da RNCCI.
Testar as Hipóteses de Investigação do Estudo	Verificar a existência ou inexistência de relação entre as diversas variáveis dependentes (Questões do instrumento EASYcare e Questionário de Satisfação; Grau de dependência; Risco de Quedas; Risco de Auto-cuidado; Satisfação com a equipa de profissionais; Satisfação com os Aspetos Organizacionais e Serviços prestados na Unidade; e Satisfação Global,

Quadro 4 – Objetivos gerais e específicos do estudo.

2. Hipóteses de Investigação

Com base nos objetivos do estudo e nas informações obtidas no enquadramento teórico, foram expressas hipóteses de investigação. Segundo Fortín (1999), uma hipótese de investigação “(...) *é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis*” (Fortín (1999:102), onde é combinado o problema e o objetivo numa explicação dos resultados que são esperados no estudo, os quais confirmarão ou rejeitarão a hipótese. Desta forma, foram formulados conjuntos de hipóteses de investigação, representados no quadro 5.

H0 – Não existem diferenças nas **características de auto-perceção da qualidade de vida dos utentes**, entre as diferentes **tipologias de Unidades de internamento da RNCCI**;

H1 – Existem diferenças nas **características de auto-perceção da qualidade de vida dos utentes**, entre as diferentes **tipologias de Unidades de internamento da RNCCI**.

H0 – Não existem diferenças nas várias **componentes de satisfação dos utentes**, entre as diferentes tipologias de **Unidades de internamento da RNCCI**;

H1 – Existem diferenças nas várias **componentes de satisfação dos utentes**, entre as diferentes **tipologias de Unidades de internamento da RNCCI**.

H0 – Não existem diferenças na distribuição do **grau de (in) dependência dos utentes**, entre as diferentes **tipologias de Unidades de internamento da RNCCI**;

H1 – Existem diferenças na distribuição do **grau de (in) dependência dos utentes**, entre as diferentes **tipologias de Unidades de internamento da RNCCI**.

H0 – Não existem diferenças na distribuição do **grau de risco de falha no auto-cuidado dos utentes**, entre as diferentes **tipologias de Unidades de internamento da RNCCI**;

H1 – Existem diferenças na **distribuição do grau de risco de falha no auto-cuidado dos utentes**, entre as diferentes **tipologias de Unidades de internamento da RNCCI**.

H0 – Não existem diferenças na distribuição do **grau de risco de quedas dos utentes**, entre as diferentes **tipologias de Unidades de internamento da RNCCI**;

H1 – Existem diferenças na distribuição do **grau de risco de quedas dos utentes**, entre as diferentes **tipologias de Unidades de internamento da RNCCI**.

H0 – Não existem diferenças na distribuição do **grau de satisfação com a equipa de profissionais de saúde**, entre as diferentes **tipologias de Unidades de internamento da RNCCI**;

H1 – Existem diferenças na distribuição do **grau de satisfação com a equipa de profissionais de saúde**, entre as diferentes **tipologias de Unidades de internamento da RNCCI**.

H0 – Não existem diferenças na distribuição do **grau de satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados na Unidade**, entre as diferentes **tipologias de Unidades de internamento da RNCCI**;

H1 – Existem diferenças na distribuição do **grau de satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados na Unidade**, entre as diferentes **tipologias de Unidades de internamento da RNCCI**.

H0 – Não existem diferenças na distribuição do **grau de satisfação global**, entre as diferentes **tipologias de Unidades de internamento da RNCCI**;

H1 – Existem diferenças na distribuição do **grau de satisfação global**, entre as diferentes **tipologias de Unidades de internamento da RNCCI**.

Quadro 5 – Hipóteses de investigação do estudo.

3. Desenho de investigação

O desenho de investigação de um estudo permite obter respostas concretas às questões de investigação e hipóteses estabelecidas, assim como, controlar possíveis enviesamentos que poderiam manipular os resultados do estudo. (Fortín (1999:132)

Considerando os objetivos do estudo, foi definido um desenho de investigação de natureza quantitativa, uma vez que foram atribuídos números e/ ou scores às categorias dos conceitos estudados. Caracteriza-se como um estudo exploratório, e de índole descritivo-correlacional, que visa descrever fenómenos e, posteriormente, identificar e explorar possíveis relações entre variáveis.

Distingue-se este estudo, também, como sendo um estudo transversal, na medida em que, a recolha de dados foi realizada num único momento temporal. (Aguiar, 2007)

4. Procedimento e recolha de dados

O processo de recolha de dados ocorreu em duas fases distintas, entre o mês de Dezembro de 2013 e o mês de Abril de 2014.

Numa primeira fase, após uma pesquisa inicial, foram selecionadas e contactadas diversas Unidades de Cuidados Continuados Integrados, através de uma carta formal por parte da Escola Nacional de Saúde Pública (Anexo V), que continha uma curta apresentação do projeto de investigação, os objetivos, os instrumentos a utilizar - Instrumento EasyCare (Anexo I) e Questionário de Satisfação (Anexo III) e as características de elegibilidade da amostra.

Numa segunda fase, já obtidas as autorizações necessárias em três Unidades - Unidade de Longa Duração e Manutenção da Santa Casa da Misericórdia da Amadora, Unidade de Média Duração e Reabilitação do CERCITOP (Centro de Educação e Reabilitação de Deficientes de Todo o País) em Algueirão-Mem Martins, no concelho de Sintra, e Unidade de Convalescença do Hospital Residencial do Mar, após a autorização da Direção da Unidade, e o parecer positivo da Comissão de Ética proveniente do Hospital da Luz (Anexo VI), foram selecionados os utentes elegíveis para o estudo e iniciado o processo de recolha de dados.

Nas três Unidades, a recolha de dados foi precedida de uma reunião com os respetivos diretores e/ou responsáveis, onde foi feita uma breve contextualização do modo de funcionamento da Unidade, da tipologia de utentes internados e da melhor abordagem a ter no processo de recolha de dados, e ainda onde foram apresentados os profissionais de saúde das respetivas Unidades, os quais prestaram apoio, quando o mesmo era necessário.

O procedimento de recolha de dados foi semelhante nas três Unidades: foram feitos dois questionários por utente, de forma individualizada e em locais que o mesmo se sentisse confortável (quarto pessoal, sala de convívio, refeitório, sala de convívio e comuns, e gabinetes), com um pequeno *briefing* inicial com o utente para harmonizar o ambiente e o colocar mais à vontade. No decorrer do questionário foi dada oportunidade ao utente de falar de si, da sua vida, da sua família, saúde, sem nunca estar condicionado a um limite temporal e sem se cingir às perguntas que constavam nos questionários. Considerou-se o procedimento mais correto a ter, dada a idade, condição clínica, e necessidade de conversação destes indivíduos.

Na Unidade de Longa Duração e Manutenção, tendo em consideração a situação clínica mais crítica de alguns dos utentes, foi provida ajuda nas respostas aos questionários por parte de familiares que se encontravam em período de visita.

4.1. Questões éticas

Um aspeto importante neste tipo de estudos, onde implica a participação de indivíduos de um grupo particularmente vulnerável - os doentes internados em Unidades e com elevadas limitações físicas e psicológicas, torna-se crucial o respeito pelos seus interesses e direitos éticos.

Fortín (1999) refere cinco direitos fundamentais das pessoas, que participam em investigações, determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, que consiste na decisão por parte do indivíduo, de forma livre e voluntária, de participar ou não na investigação proposta; o direito à intimidade, na medida em que o indivíduo estabelece

os limites e informações pessoais, íntimas e privadas que aceita partilhar; o direito ao anonimato e à confidencialidade, onde a identidade do indivíduo não deverá ser identificada nem associada às suas respostas; o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, que se baseia no princípio do benefício, e na proteção do indivíduo face a riscos suscetíveis de o prejudicarem nem auferirem qualquer dano pessoal; e por fim, o direito a um tratamento justo e leal, através do dever do indivíduo ser informado acerca das várias componentes do estudo.

Deste modo, no presente estudo, os procedimentos da recolha de dados, de forma presencial e direta com os doentes, foram auferidos de todo o rigor e respeito pelas mesmas. Para salvaguardar a sua identidade e evitar consequências de qualquer natureza, foi garantido o anonimato dos indivíduos, sendo-lhes atribuídos códigos de identificação aleatórios, bem como a possibilidade de recusarem a sua participação e/ ou desistirem no decorrer do questionário, e a possibilidade de deixar respostas em branco, por motivo de não saberem responderem, ou simplesmente de não o desejarem.

Foram, também, explicitados, no início da aplicação dos questionários, todos os objetivos de investigação do estudo em questão, os métodos que seriam utilizados, o tempo de duração, a garantia da inexistência de danos pessoais ou custos financeiros, assim como a apresentação dos benefícios da sua participação para a identificação de necessidades e prioridades no delineamento de estratégias para potenciar uma melhoria da qualidade de vida dos utentes que integram a RNCCI.

Após todas as estas informações dadas, foi entregue aos utentes um documento de consentimento informado (Anexo IV) para declararem por escrito a sua decisão de participação no estudo, ou recusa do mesmo.

5. Instrumentos utilizados

As práticas de investigação nas ciências sociais têm sido dominadas pela utilização de informação verbal, através da aplicação de uso de inquéritos por questionário, derivado à simplicidade que este método oferece, associada a perguntas padronizadas com opções de respostas já pré-definidas, onde uma comparação de diferentes respostas à mesma pergunta se revela pertinente para o apuramento de respostas ao nosso objeto em estudo (Foddy, 1996:13). Deste modo, o indivíduo inquirido está sujeito às questões e respostas que lhe são apresentadas, impossibilitando-o de as alterar ou impor uma outra opinião de resposta.

O questionário consiste num método de recolha de dados, composto por um número relativamente elevado de questões, que faculta informações de caráter sociodemográfico,

opiniões pessoais, expectativas, nível de conhecimento, modos de vida, e percepções dos indivíduos inquiridos. É especialmente adequado optar-se por este método, quando os objetivos do estudo são o conhecimento de uma determinada população, quanto aos seus comportamentos e atitudes, condições e estilos de vida, interesses, e opiniões.

É, também, um instrumento de medida, onde os objetivos do estudo estão associados a variáveis mensuráveis, o que permite uma maior organização, controlo de dados, redução de enviesamentos, e facilidade na fase de análise estatística.

Para Gil (1989:125), Fortín (1999:254), e Foddy (1996:14) o questionário apresenta algumas vantagens face a outros métodos de recolha de dados, as quais foram sintetizadas no quadro seguinte (Quadro 6).

Vantagens
Possibilidade do investigador definir com precisão o assunto que pretende informação;
Possibilidade de abranger, de forma simultânea, um elevado número de pessoas, independentemente da sua área geográfica de residência;
Os inquiridos detêm à priori a informação que o investigador pretende adquirir;
Menos dispendioso;
Garante o anonimato das respostas, levando a que os inquiridos expressem com maior veracidade as suas opiniões;
Possibilidade de quantificar os dados recolhidos, e proceder, a uma análise estatística de forma a permitir detetar correlações entre as demais variáveis;
É um instrumento uniformizado – apresentam-se as mesmas questões, com ordem idêntica, e as mesmas diretivas para todos os inquiridos, levando as comparações das respostas e fidelidade das mesmas;

Quadro 6 – Vantagens do Método de Questionário (adaptado de Gil, 1989; Fortín, 1999; Foddy, 1996)

Face ao tipo de estudo delineado e aos objetivos da investigação propostos, foi selecionado o método de recolha de dados por questionário. Assim, a investigação teve por base a aplicação de dois questionários: o instrumento EASYcare (Sistema de Avaliação de Idosos), e um Questionário para avaliar a Satisfação dos inquiridos, ambos aplicados num único momento de inquirição, de forma presencial, sendo que as perguntas foram expostas e respondidas de forma verbal.

De seguida, procede-se à descrição dos instrumentos utilizados.

5.1. **EASYcare (Elderly Assessment System/Sistema de Avaliação de Idosos)**

O instrumento EASYcare – *Elderly Assessment System/ Sistema de Avaliação de Idosos*, através de uma avaliação multidimensional, permite-nos avaliar o bem-estar físico,

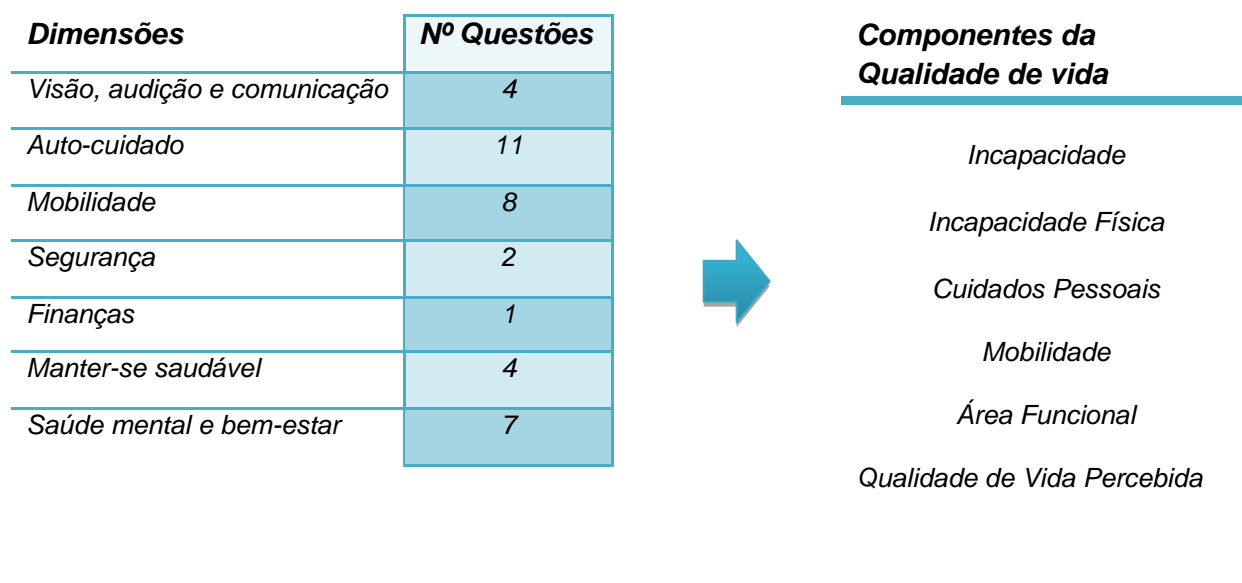
mental e social das pessoas idosas (anteriormente destinado a pessoas com idade igual ou superior a 75 anos, agora alargado para pessoas a partir dos 65 anos), bem como conhecer as necessidades e limitações percecionadas pelas mesmas.

Este instrumento foi criado para colmatar a necessidade da existência de instrumento adequado para avaliar a saúde e o bem-estar destes indivíduos, tendo sido desenvolvido na sequência de uma conferência em Belfast, juntando 50 delegados de 14 países da União Europeia, por um projeto financiado pela União Europeia – *European Prototype for Integrated Care* (EPIC), e continuado no projeto *Supporting Clinical Outcomes in Primary Care for Elderly* (SCOPE), após a realização de um estudo-piloto. Encontra-se de momento disponível e traduzido em 16 países da União Europeia, e 31 países ao nível mundial (Figueiredo e Sousa, 2001).

Foi realizado um estudo de validação do mesmo para a população portuguesa, onde o mesmo demonstrou boas características psicométricas, com um valor de *alfa de Cronbach* de 0,92. No território nacional, o instrumento encontra-se a cargo de investigadoras da Universidade de Aveiro que nos autorizaram a sua utilização neste estudo (Sequeira, 2010:61). Foi-nos enviada a versão 2010 do instrumento EASYcare, correspondente à versão que consta na plataforma on-line - <http://questionarios.ua.pt/index.php/785777/lang-pt>, de modo a que os dados recolhidos no presente estudo fizessem parte de uma base de dados, a nível nacional, respeitante às necessidades das pessoas idosas.

O questionário elaborado foi constituído numa primeira parte por questões da carácter pessoal, como o sexo, a idade, o estado civil, os anos de educação formal, o rendimento, e o estado clínico (motivo da necessidade de internamento na RNCCI). Numa segunda parte, o instrumento aplicado, neste estudo, foi constituído por 37 questões⁴ imbuídas em sete dimensões, que avaliam seis componentes. (Quadro 7)

⁴ O instrumento EASYcare de 2010 é constituído por 49 questões (disponível em http://www.easycare.org.uk/images/files/countries_8_1.pdf), contudo para este estudo foram excluídas 12 questões: “Tem algum problema com a sua boca ou dentes?”; “Já teve alguns problemas com a sua pele?”; “Já alguma vez se sentiu ameaçado ou assediado por alguém?”; “Sente-se discriminado(a) por alguma razão (por exemplo, idade, sexo, raça, religião, incapacidade)?”; “Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou de emergência?”; “De uma forma geral está satisfeito com o seu local de residência?”; “Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter direito?”; “Fica com falta de ar durante as atividades normais?”; “A sua tensão arterial foi verificada recentemente?”; “Já verificou com o seu médico se a sua vacinação está em dia?”; “Recentemente sofreu alguma perda ou esteve de luto?”; “Teve alguns problemas em dormir no mês passado?”. A exclusão das mesmas prendeu-se com o pouco interesse para o estudo em questão e numa tentativa de redução do questionário. Outras questões integrantes no presente estudo foram, ligeiramente, adaptadas ao contexto de internamento dos utentes.



Quadro 7 – Dimensões e fatores do EASYcare.

Para estas dimensões foi concebido um sistema de pontuação⁵ para avaliar o grau de (in) dependência composto por 18 questões relativamente à realização de Atividades de Vida Diária (AVD), Atividade Instrumentais de Vida Diária (AIVD), bem como ao controlo esfinteriano, onde a pontuação máxima (100 pontos) indica níveis dependência total e a pontuação mínima (0 pontos) indica níveis de dependência nula, ou seja, quanto maior a pontuação, maior o grau de dependência e necessidades de cuidados e apoios.

Foram também concebidos sistemas de pontuações⁶ para avaliar o grau de Risco de Falha na Prestação de Auto-Cuidado (composto por 12 questões relativas a indicadores que potenciam a admissão hospitalar de emergência) e o grau de Risco de Quedas (constituído por 8 questões). Em ambas as avaliações, foi atribuído 1 ponto a cada resposta positiva do indivíduo, e 0 pontos a cada resposta negativa, sendo que para a primeira avaliação – Grau de risco de falha no Auto-cuidado, pontuações mais elevadas significam um aumento do risco de admissão hospitalar; enquanto que para a segunda avaliação – Grau de risco de quedas, a partir de 3 itens positivos, o utente já apresenta risco.

Importa compreender que o EASYcare constitui um instrumento cuja finalidade é avaliar a perceção das capacidades do indivíduo (o que sente que é capaz de fazer) e não as suas competências (o que realmente faz), bem como a perceção que o idoso tem do seu próprio estado de saúde. (Figueiredo e Sousa, 2001)

⁵ Ver anexo II

⁶ Ver anexo II

5.2. Questionário de Satisfação

De forma a avaliar a satisfação dos utentes em Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados, foi considerado importante e necessário elaborar um questionário. Assim, numa primeira fase foi feita uma pesquisa, analisando outros questionários de satisfação, no âmbito de serviços e cuidados de saúde, para conhecer o tipo de perguntas adequadas ao estudo.

Feita a pesquisa, o questionário realizado foi composto por 30 questões, encontrando-se estruturado em duas partes (representados no quadro 8): a primeira parte (A), com 14 questões, correspondente à satisfação dos utentes com a equipa técnica, composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de saúde, assistente social, terapeuta da fala, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros; e a segunda parte (B), referente à organização e eficácia dos serviços e cuidados prestados na Unidade de internamento, com 16 questões.

A escala de medida considerada mais adequada para o estudo foi a escala de *Likert*. Esta pressupõe que os inquiridos manifestem a sua opinião numa escala de 1 a 5, onde o grau 1 corresponde a “Muito insatisfeito”, o grau de 2 a “Insatisfeito”, o grau 3 a “Nem satisfeito nem insatisfeito”, o grau 4 a “Satisfeito”, e por fim o grau 5 a “Muito Satisfeito”. Desta forma os inquiridos têm a possibilidade de manifestar a sua opinião quanto à satisfação nos indicadores apresentados.

Dimensões de Satisfação	Nº Questões	Questões correspondentes
Satisfação com a Equipa de Profissionais		
• Integração e informação	4	1 – 2.3.
• Desempenho técnico dos profissionais	4	3.1. – 3.4.
• Competências humanas e relacionais	4	4.1. – 4.4.
• Interesse e dedicação	2	5 – 6
Satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados		
	2	8 – 9
• Regulamento de funcionamento interno e Horários	5	10.1. – 10.5.
• Localização e Instalações da	3	11 – 13

<p><i>Unidade</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipamentos técnicos adequados e produtos disponíveis • Serviços da Unidade 	6	14 – 16.4.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	------------

Quadro 8 – Questões e dimensões do Questionário de Satisfação

5.3. Pré-teste

Ambos os questionários foram precedidos de uma fase de pré-teste a cinco utentes, os quais não foram incluídos na amostra. Esta fase é importante, pois permite “evidenciar possíveis falhas na redação do questionário, tais como: complexidade das questões, imprecisão na redação, desnecessidade das questões, constrangimentos ao informante, exaustão, etc.” (Gil, 1989:132). Deste modo, podemos perceber se os instrumentos delineados para a investigação correspondem realmente ao que se pretende responder, e se este está bem constituído para o tipo de população que foi definido, podendo corrigir falhas antes de iniciar a recolha de dados efetiva.

6. Amostra do estudo

A seleção da amostra deste estudo incidiu sobre três critérios de inclusão – os utentes tinham de ter idade igual ou superior a 65 anos, encontrar-se em período de internamento numa Unidade integrante da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e não apresentar defeito cognitivo, ou apenas num grau reduzido. (Figura 4)



Figura 4 – Critérios de inclusão para seleção da amostra.

Foram excluídos, os utentes que não estivessem “orientados” no momento de recolha de dados, e os utentes com idade inferior à estabelecida nos objetivos do estudo.

Assim, a amostra foi constituída por 35 utentes, distribuídos pelas três Unidades que consentiram o estudo, com a seguinte distribuição: 15 utentes internados na Unidade de Convalescença do Hospital Residencial do Mar (42,9%), 7 utentes internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação do Centro de Educação e Reabilitação de Deficientes de Todo o País – CERCITOP (20%) e 13 utentes na Unidade da Longa Duração e Manutenção

da Santa Casa da Misericórdia da Amadora – Sagrada Família (37,1%), como representado no gráfico 5.

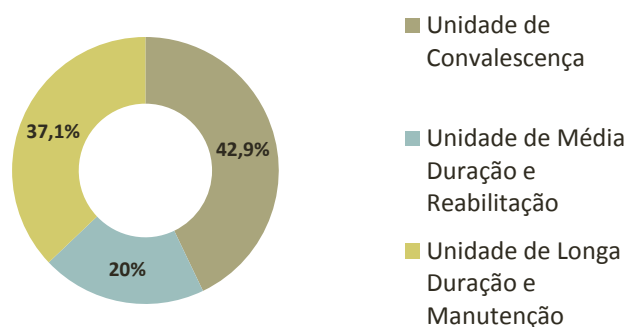


Gráfico 5 – Distribuição da amostra por tipologia de Unidade de internamento da RNCCI.

7. Apresentação das variáveis

De forma a facilitar o conhecimento e entendimento das variáveis em estudo, foi elaborado um esquema sintético (quadro 9) com a apresentação das variáveis constantes nos questionários, bem como, das variáveis operacionalizadas, a partir de *scores* de pontuação do instrumento EASYcare, e da escala de medida utilizada no questionário de satisfação (escala de *likert*).

Tipo de Caraterização	Variáveis	Variáveis operacionalizadas a partir de scores
Variável Independente para análise	Tipologia de Unidade de internamento da RNCCI	-
Caracterização sociodemográfica	Idade, grupos etários (operacionalizada através da idade), sexo, estado civil, anos de educação formal, rendimento mensal, diagnóstico clínico	-
Auto-perceção da Qualidade de Vida do utente (questões do instrumento EASYcare)	Dimensão “Visão, audição, comunicação” (Capacidade de ver; capacidade de ouvir; capacidade de se fazer entender; capacidade de utilizar o telefone) Dimensão “Auto-cuidado” (Capacidade de cuidar da sua aparência pessoal; capacidade de se vestir; capacidade de lavar mãos e cara; capacidade de	Grau de (in)dependência Risco de auto-cuidado

	<p>utilizar banheira ou duche; capacidade de fazer tarefas domésticas; capacidade de preparar as suas refeições; capacidade de se alimentar; capacidade de tomar os seus medicamentos; problemas urinários e fecais; capacidade para utilizar a sanita)</p> <p>Dimensão “Mobilidade” (Capacidade para se deslocar da cama para a cadeira; problemas com pés; capacidade de se deslocar dentro de casa; capacidade de subir e descer escadas; existência de quedas nos últimos 12 meses; capacidade de andar no exterior; capacidade de fazer compras; dificuldade em deslocar-se a serviços públicos (consultório médico, farmácia).</p> <p>Dimensão “Segurança” (Sentimento de segurança dentro e fora da Unidade)</p> <p>Dimensão “Finanças” (Capacidade em gerir dinheiro e assuntos financeiros)</p> <p>Dimensão “Manter-se saudável” (Prática de exercício regularmente (fisioterapia); hábitos tabágicos; consumo exagerado de bebidas alcoólicas; preocupação com peso)</p> <p>Dimensão “Saúde mental e bem-estar” (Capacidade de realizar atividades de lazer e aprendizagem; Auto percepção de saúde; Sentir-se sozinho; existência de dores corporais; incómodo por se sentir em baixo; incómodo por ter pouco interesse em fazer coisas; preocupação relativa a falhas de memória.</p>	Risco de quedas
Satisfação dos utentes (questões do inquérito de satisfação)	<p>Equipa de Profissionais de Saúde</p> <p>Integração e informação (Forma como o utente foi recebido e integrado; informação disponibilizada relativa a dúvidas e esclarecimentos, ao tratamento a aplicar na Unidade, e ao seu problema de saúde)</p> <p>Desempenho técnico dos profissionais (tratamento prático; alimentação; higiene pessoal do utente; medicação)</p> <p>Competências humanas e relacionais (simpatia; respeito pelo utente; paciência para o utente; disponibilidade para ajudar)</p> <p>Interesse e dedicação dos profissionais (tempo de atenção; interesse pelo utente)</p>	Grau de satisfação com a equipa de profissionais de saúde

Grau de Satisfação global (junção dos dois anteriores)

8. Descrição da análise estatística

Primeiramente, todos os dados obtidos nos questionários foram introduzidos em bases de dados na versão 21 do programa *Statistical Package for the Social Scienses* (SPSS).

A análise descritiva dos dados foi dividida em três pontos, de forma a facilitar a sua compreensão:

- Caracterização sociodemográfica da amostra
- Apresentação dos dados obtidos no instrumento *EASYcare* (7 dimensões)
- Apresentação dos dados obtidos no Questionário de Satisfação

Relativamente aos primeiros dois pontos – caracterização sociodemográfica e dados obtidos no instrumento *EASYcare*, a abordagem utilizada foi a descrição da amostra global e o cruzamento de variáveis, a partir da distribuição da amostra por tipologia de Unidade de internamento.

No que diz respeito aos dados obtidos no questionário de satisfação, por aparentemente se verificar pouca diferenciação e heterogeneidade nos dados obtidos, foi realizada, inicialmente, apenas uma análise descritiva da amostra global. Contudo, e após a aplicação do teste do Qui-Quadrado para validar esta suposição, foi percebido que em 8 questões existiam diferenças entre as tipologias de Unidades de internamento, procedendo-se, deste modo, ao cruzamento da distribuição dessas mesmas 8 questões com a tipologia de Unidade, não se circunscrevendo apenas à amostra global.

8.2. Análise estatística inferencial

Foram utilizados três testes estatísticos: o teste Qui-Quadrado, o teste não paramétrico para amostras independentes de *Kruskal-Wallis*, e por fim, o coeficiente de correlação de *Spearman*. De seguida é feita uma breve descrição dos mesmos, bem como da sua aplicação no presente estudo.

8.2.1. Teste Qui-Quadrado

Para testar se uma determinada característica da amostra difere entre diferentes grupos, é utilizado o teste Qui-Quadrado, permitindo-nos estabelecer a existência ou a inexistência de uma relação entre duas variáveis categóricas (Marôco, 2011:99). Parte da Hipótese nula, que sustenta a inexistência de diferenças entre os grupos, sobre uma hipótese alternativa que defende a existência de diferenças. (Aguar, 2007:120)

Neste estudo, foi aplicado o teste do Qui-Quadrado de independência, para avaliar: se a resposta dos utentes a cada questão do instrumento *EASYcare* (auto-perceção de qualidade de vida), depende da tipologia de Unidade de Cuidados Continuados Integrados, onde se encontram em período de internamento; e se as várias componentes de satisfação dos utentes estão dependentes da tipologia de Unidade de Cuidados Continuados Integrados onde o mesmo se encontra internado. Para ambos, foi utilizado um nível de significância de 5%.

8.2.2. Teste de *Kruskal-Wallis*

O teste de *Kruskal-Wallis* consiste num teste não paramétrico, alternativo ao teste paramétrico ANOVA, e é utilizado para comparar as distribuições das variáveis em dois ou mais grupos independentes. À semelhança do teste anterior, parte de uma hipótese nula que traduz a inexistência de diferenças nos diferentes grupos, sobre uma hipótese alternativa que sustenta a existência de diferenças nos grupos.

Este teste foi utilizado no presente estudo, para verificar a existência ou a inexistência de diferenças na distribuição das variáveis - grau de (in)dependência, grau de risco de falha no auto-cuidado, grau de risco de quedas, satisfação com a equipa de profissionais de saúde, satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados, e satisfação global – nas três tipologias de Unidade de internamento da RNCCI.

Quando verificadas diferenças na da distribuição das variáveis pelas três tipologia de Unidades, e o fato do teste de *Kruskal-Wallis* não referir de que grupo partem essas diferenças significativas, foi necessário proceder à comparação múltipla das médias de ordem (Marôco, 2011:322). No presente estudo, para proceder a esta estatística, foi utilizado o teste de *Dunn*, no programa *Spss Statistics*. Foi utilizado um nível de significância de 5%.

8.2.3. Coeficiente de correlação de *Sperman*

O coeficiente de correlação de *Sperman* (r_s) caracteriza-se como uma medida de associação não paramétrica, que mede a intensidade e a direção de associação entre duas variáveis quantitativas. Este coeficiente varia entre -1 e +1, sendo que quando a correlação é positiva, significa que as variáveis variam no mesmo sentido, e quando a correlação é negativa, significa que as variáveis variam em sentidos divergentes.

Para este estudo, o mesmo foi aplicado para as variáveis- tipologia de Unidade de internamento, grau de (in) dependência, grau de risco de falha no auto-cuidado, grau de risco de quedas, satisfação com a equipa de profissionais de saúde, e satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados.

IV. Apresentação dos Resultados

1. Análise Descritiva da Amostra

1.1. Caracterização sociodemográfica

Na análise da Tabela 1, verifica-se um total de 35 indivíduos, 19 do sexo feminino (54,3%) e 16 do sexo masculino (45,7%), estando os mesmos distribuídos pelas três tipologias de Unidades de internamento de Cuidados Continuados Integrados.

Numa primeira parte, analisando as estatísticas relativas à idade em função da Unidade, foi observado que a média total de idades se circunscreve aos 77 anos, sendo o mínimo e o máximo de idades de 65 e 90 anos, respetivamente, com um desvio-padrão de 8,08. Numa segunda parte, discriminando a variável da idade segundo a tipologia das Unidades e segundo o sexo, foram obtidos os seguintes resultados.

Na Unidade de Convalescença, numa amostra de 15 indivíduos, a média de idades foi de 78,3 e o desvio padrão de 8,62. Analisando estas mesmas variáveis, também, em função do sexo, foi verificado que a média das idades do sexo feminino é de 78,2 anos, com um desvio padrão de 10,03, enquanto que, a média de idades do sexo masculino foi de 78,4, sendo ligeiramente superior, e tendo um valor de desvio padrão de 8,42. Quanto à idade mínima e máxima nesta tipologia de Unidade, tanto no sexo feminino como no sexo masculino, foi respetivamente de 65 e de 90 anos.

Na Unidade de Média Duração e Reabilitação, num total de 7 indivíduos, verificou-se uma média de idades de 79,14 anos e um desvio padrão de 5,11. Tendo apenas um indivíduo do sexo masculino na amostra desta Unidade, não foi possível fazer uma análise tão completa. Assim, os indivíduos do sexo feminino apresentaram uma média de idades de 79,5 anos, num intervalo de idades entre os 71 e os 85 anos, com um desvio padrão de 5,5. Enquanto que o único indivíduo do sexo masculino apresenta a idade de 77 anos, estando a baixo da média de idades do sexo feminino.

A Unidade de Longa Duração e Manutenção, foi representada por um total de 13 indivíduos, com a média de idades de 74,69 e um desvio padrão de 8,64. Relacionando a idade em função da Unidade e do sexo, observou-se uma média de idades, do sexo feminino, de 78 anos, com idade mínima de 66 anos e idade máxima de 88 anos, apresentando um desvio padrão de 8,5, e uma média de idades, do sexo masculino, de 69,4 anos (substancialmente inferior à média de idades do sexo feminino), circunscritas entre 65 e 79 anos, e apresentando um desvio padrão de 6,38.

Desta forma, foi verificado que a média de idades dos utentes é superior na Unidade de Média Duração e Reabilitação (79,14 anos) e inferior na Unidade de Longa Duração e

Manutenção. Foi verificado, também, que o sexo feminino apresenta uma média de idades superior à do sexo masculino ($\bar{x} = 78,5$ e $\bar{x} = 75,5$, respetivamente).

Idade		n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Unidades	UC	15	65	90	78,33	8,62
	UMDR	7	71	85	79,14	5,11
	ULDM	13	65	88	74,69	8,64
	Total	35	65	90	77,14	8,08
Idade						
Sexo	Unidade					
Feminino	UC	5	65	90	78,2	10,03
	UMDR	6	71	85	79,5	5,50
	ULDM	8	66	88	78,0	8,50
	Total	19	65	90	78,52	7,70
Masculino	UC	10	65	90	78,4	8,42
	UMDR	1	77	77	77,0	-
	ULDM	5	65	79	69,4	6,38
	Total	16	65	90	75,5	8,46

Tabela 1 – Distribuição da amostra por idade, segundo o género e a tipologia de Unidade de internamento.

Na tabela 2, foi elaborada uma análise às diversas características sociodemográficas da amostra – grupos etários, estado civil, anos de educação formal, e o rendimento mensal, ao nível global da amostra e em função da tipologia da Unidade de Internamento.

Podemos observar, assim, que a amostra global é representada, maioritariamente pelo grupo etário 75-84 anos, com 42,9% da amostra, enquanto que, o grupo etário de 85-94 anos apresenta uma menor representatividade, constituído apenas por 17,1% da amostra. Numa análise mais particularizada em função da tipologia de Unidade verificamos que na Unidade de Longa Duração e Manutenção predominam os indivíduos que se encontram na faixa etária de 65-74 anos (53,8%), na Unidade de Média Duração e Reabilitação predomina a faixa etária dos 75-84 anos (85,7%), e por fim, na Unidade de Convalescença, os grupos etários de 65-74 e de 75-84 anos, assumem a mesma representatividade (40%), predominando ambos sobre o grupo etário de 85-94 anos.

Relativamente ao estado civil, observamos dois grupos predominantes, os indivíduos viúvos com 45,7%, e os indivíduos casados ou em união de fato com 40% da amostra global, ao invés da menor representatividade do estado de divorciado com apenas 2,9%. Numa

análise mais detalhada em função da Unidade, constatámos que na Unidade de Média Duração e Reabilitação predomina substancialmente o estado civil de viuvez (71,4%), assim como na Unidade de Convalescença, embora não de forma tão acentuada (46,7%), contrariamente na Unidade de Longa Duração e Manutenção, o estado civil predominante é o de casado, com 61,5%.

Quanto aos anos de educação formal, podemos observar que 60% da amostra concluiu o ensino primário (1-4 anos), no entanto 17,1% não tem qualquer ano de educação. Verificamos, também, que 20% da amostra estudou entre 5 e 12 anos, e apenas 2,9% concluiu um curso de ensino superior. Comparando os anos de educação em função da tipologia da Unidade, podemos verificar que nas três, o nível 1-4 anos (ensino primário) apresenta maior representatividade (60% na UC, 71,4% na UMDR, e 53,8% na ULDM), contudo na Unidade de Longa Duração e Manutenção, os indivíduos sem qualquer ano de educação assumem, também, um valor percentual representativo de 46,2.

Por fim, no que concerne à variável do rendimento mensal, os indivíduos foram inquiridos acerca do estado do seu rendimento ao final do mês. A amostra global apresenta uma maior representatividade ao nível do rendimento à justa para as suas necessidades, com 51,4% da amostra, sucedido pelo nível de rendimento insuficiente para as necessidades, com 45,7% da amostra. Apenas 2,9% da amostra indica a sobra de dinheiro ao final do mês. Ao efetuarmos uma análise por tipologia de Unidade, verificamos uma maior percentagem no rendimento à justa para as necessidades na Unidade de Convalescença e na Unidade de Média Duração e Reabilitação, com 60% e 57,1%, respetivamente, e uma maior percentagem do rendimento insuficiente para as necessidades na Unidade de Longa Duração e Manutenção, de 53,8%.

Variáveis		Amostra global		Unidade de Internamento					
				UC		UMDR		ULDM	
		n	%	n	%	n	%	N	%
Grupos Etários	[65;74]	14	40%	6	40%	1	14,3%	7	53,8%
	[75;84]	15	42,9%	6	40%	6	85,7%	3	23,1%
	[85;94]	6	17,1%	3	20%	0	0%	3	23,1%
	Total	35	100%	15	100%	7	100%	13	100%
Estado Civil	Solteiro(a)	4	11,4%	2	13,3%	1	14,3%	1	7,7%
	Casado(a)/ União de	14	40%	5	33,3%	1	14,3%	8	61,5%

	facto								
	Divorciado(a)/ Separado(a)	1	2,9%	1	6,7%	0	0%	0	0%
	Viúvo(a)	16	45,7%	7	46,7%	5	71,4%	4	30,8%
	Total	35	100%	15	100%	7	100%	13	100%
Anos de Educação	Não tem	6	17,1%	0	0%	0	0%	6	46,2%
	1 – 4 Anos	21	60%	9	60%	5	71,4%	7	53,8%
	5 – 12 Anos	7	20%	5	33,3%	2	28,6%	0	0%
	Mais de 12 Anos	1	2,9%	1	6,7%	0	0%	0	0%
	Total	35	100%	15	100%	7	100%	13	100%
Rendimento mensal	Não chega para as necessidades	16	45,7%	6	40%	3	42,9%	7	53,8%
	À justa para as necessidades	18	51,4%	9	60%	4	57,1%	5	38,5%
	Sobra dinheiro	1	2,9%	0	0%	0	0%	1	7,7%
	Total	35	100%	15	100%	7	100%	13	100%

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica do utente, por valor global e por tipologia de Unidade de internamento.

Pela análise da tabela 3, podemos observar o diagnóstico clínico de admissão dos utentes nas Unidades de internamento da RNCCI, onde foram aplicados os questionários.

Assim, numa análise da amostra global, podemos verificar uma representatividade superior do diagnóstico clínico de “AVC”, assumindo 40% da amostra, sucedido do diagnóstico clínico de “Fratura do colo do fémur”, com um total de 17,1%. Numa análise mais detalhada do diagnóstico clínico em função da Unidade de internamento, observamos que 84,6% dos indivíduos internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção têm como diagnóstico clínico “AVC”, assumindo-o como predominante, na Unidade de Média Duração e Reabilitação predomina o diagnóstico de “fratura do colo do fémur”, com um total de 42,9%, e por fim, na Unidade de Convalescença, predominam ambos os diagnósticos “AVC” e “Fratura do colo do fémur” assumindo 20% cada. Importante referir, que todos os utentes inquiridos, neste presente estudo, que apresentam o diagnóstico clínico de “fratura do colo do fémur”, referiram que a mesma ocorreu em contexto hospitalar, antes do seu internamento nas UCCI.

Diagnóstico Clínico	Amostra global		Unidade de Internamento					
			UC		UMDR		ULDM	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Amputação do membro inferior	2	5,7%	2	13,3%	0	0%	0	0%
Artroses	3	8,6%	1	6,7%	2	28,6%	0	0%
AVC	14	40%	3	20%	0	0%	11	84,6%
Doença Incapacitante (Perda de massa muscular)	1	2,9%	0	0%	0	0%	1	7,7%
Esclerose Múltipla	1	2,9%	0	0%	0	0%	1	7,7%
Espondilose	1	2,9%	1	6,7%	0	0%	0	0%
Fratura do colo do fémur	6	17,1%	3	20%	3	42,9%	0	0%
Fratura do membro inferior e membro superior	1	2,9%	0	0%	1	14,3%	0	0%
Infeção Hospitalar (Perda de andar e retenção de líquidos)	1	2,9%	1	6,7%	0	0%	0	0%
Osteomielite	1	2,9%	0	0%	1	14,3%	0	0%
Pneumonia	2	5,7%	2	13,3%	0	0%	0	0%
Síndrome Mielodisplásico	1	2,9%	1	6,7%	0	0%	0	0%
Trombose	1	2,9%	1	6,7%	0	0%	0	0%
Total	35	100%	15	100%	7	100%	13	100%

Tabela 3 – Distribuição da amostra dos utentes por diagnóstico clínico, segundo o valor global e a tipologia da Unidade de internamento.

1.2. Apresentação dos dados obtidos no Instrumento EasyCare

Dimensão 1 – Visão, Audição e Comunicação

A tabela 4 apresenta-nos os dados respetivos à dimensão “Visão, Audição, Comunicação”.

Relativamente à “Visão”, podemos observar que, 54,3% da amostra global já apresenta alguma dificuldade em ver, enquanto que 45,7% admite que vê bem. Analisando os utentes por tipologia de Unidade, constatamos que 61,5% dos utentes da Unidade de Longa Duração e Manutenção e 57,1% dos utentes da Unidade de Média Duração e Reabilitação, assume dificuldade em ver (mesmo com a utilização de óculos), enquanto que na Unidade de Convalescença, embora de forma pouco significativa, há um maior número de utentes a verem bem do que utentes com dificuldade (53,3% e 46,7%, respetivamente).

Quanto à componente “Audição”, verifica-se a mesma percentagem de utentes que ouvem bem, e de utentes que ouvem com alguma dificuldade (48,6%), e um único inquirido assume que não ouve nada, representando 2,9% da amostra global. Numa análise mais detalhada em função dos utentes por tipologia de Unidade, verificam-se valores muito próximos nas três Unidades relativos aos utentes que ouvem bem e aos utentes que ouvem com alguma dificuldade, no entanto há um predomínio de utentes que ouvem com dificuldade na União de Convalescença (53,3%), e um predomínio de utentes que ouvem bem na Unidade de Média Duração e Reabilitação (57,1%). Na Unidade de Longa Duração e Manutenção, os idosos que ouvem bem e os idosos que ouvem com dificuldade assumem o mesmo valor percentual de 46,2, enquanto 2,9% afirma não ouvir nada.

No que concerne à componente “Comunicação”, 51,4% da amostra global não apresenta dificuldade em fazer-se entender verbalmente, 28,6% assumem dificuldade com algumas pessoas, e 20% mostram ter dificuldade considerável com todas as pessoas. Numa análise detalhada dos utentes em função da tipologia de Unidade, verificamos que a maioria dos utentes da Unidade de Convalescença e da Unidade de Média Duração e Reabilitação, não apresenta dificuldades ao nível de fala, representando 66,7% e 85,7%, respetivamente. Ao invés dos utentes internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção, onde 38,5% afirma ter dificuldades em fazer-se entender com algumas pessoas, e 46,2% apresenta uma dificuldade superior e considerável com todas as pessoas.

Relativamente à capacidade de utilização do telefone, 60% da amostra global assume ser capaz de o utilizar sem ajuda, inclusive procurar e marcar números de telefone, 11,4% afirma ser capaz de o utilizar, desde que com alguma ajuda, e 28,5% dos inquiridos não o consegue utilizar. Ao efetuarmos uma análise dos utentes por tipologia de Unidade, verificamos, que como na questão anterior, os utentes na Unidade de Convalescença e na Unidade de Média Duração e Reabilitação assumem, com elevada representatividade de amostra, que são capazes de utilizar o telefone de forma autónoma e independente (86,7% e 85,7%, respetivamente), contrariamente aos utentes internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção, onde 61,5% não é capaz de utilizar o telefone.

Questões	Amostra global		Unidade de Internamento					
			UC		UMDR		ULDM	
	n	%	N	%	N	%	n	%
1.1. Consegue ver (com óculos se usar)?								
Sim	16	45,7%	8	53,3%	3	42,9%	5	38,5%
Com dificuldade	19	54,3%	7	46,7%	4	57,1%	8	61,5%
1.2. Consegue ouvir (com prótese auditiva se usar)?								
Sim	17	48,6%	7	46,7%	4	57,1%	6	46,2%

Com dificuldade	17	48,6%	8	53,3%	3	42,9%	6	46,2%
Não ouve nada	1	2,9%	0	0%	0	0%	1	2,9%
1.3. Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?								
Não tem dificuldade	18	51,4%	10	66,7%	6	85,7%	2	15,4%
Dificuldade com algumas pessoas	10	28,6%	4	26,7%	1	14,3%	5	38,5%
Dificuldade considerável com todas as pessoas	7	20%	1	6,7%	0	0%	6	46,2%
1.4. Consegue utilizar o telefone?								
Sem ajuda	21	60%	13	86,7%	6	85,7%	2	15,4%
Com alguma ajuda	4	11,4%	0	0%	1	14,3%	3	23,1%
Não consegue	10	28,6%	2	13,3%	0	0%	8	61,5%

Tabela 4 – Distribuição da amostra pela dimensão “Visão, Audição, Comunicação” por valor global e por tipologia de Unidade de internamento

Dimensão 2 – Cuidar de Si (Auto-Cuidado)

A tabela 5 é composta por 11 questões relativas à 2ª dimensão do instrumento EasyCare - “Auto-Cuidado”.

Relativamente à capacidade do inquirido cuidar da sua aparência pessoal, como pentear-se, barbear-se, e maquilhar-se, observamos que 54,3% o consegue fazer sem necessidade de ajuda, enquanto que 45,7% referem que necessitam de ajuda. Particularizando os utentes com as tipologias das Unidades, é verificada uma maior percentagem de utentes internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção que necessitam de ajuda (69,2%), ao invés da Unidade de Convalescença e da Unidade de Média Duração e Reabilitação onde é verificado um maior número de utentes que não necessitam de ajuda para cuidar da sua aparência, com 66,7% e 71,4%, respetivamente.

No que respeita à capacidade de se vestirem, 54,3% dos inquiridos refere que conseguem com alguma ajuda, 31,4% assume que não consegue, necessitando de ajuda total, e apenas 14,3% dos inquiridos se declara capaz de se vestir sem ajuda. Há uma maior representatividade de utentes que são capazes de se vestir com alguma ajuda na Unidade de Convalescença e na Unidade de Média Duração e Reabilitação (66,7% e 71,4%, respetivamente), face à maior representatividade de utentes que não são capazes de se vestir, necessitando de ajuda total, na Unidade de Longa Duração e Manutenção, com uma percentagem de 69,2%.

Na capacidade de os utentes lavarem as mãos e a cara, observamos que 57,1% da amostra global indicam ter autonomia nesta tarefa, não necessitando de ajuda, enquanto

42,9% afirmam a necessidade de ajuda. Circunscrevendo os utentes à Unidade a que pertencem, verificamos que todos os utentes internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação e 73,3% dos utentes internados na Unidade de Convalescença não necessitam de ajuda para lavar as mãos e a cara, ao invés de que na Unidade de Longa Duração e Manutenção, a maioria dos utentes (84,6%) necessitam de ajuda para concretizar a tarefa.

É verificada uma elevada concordância no que concerne à capacidade dos utentes utilizarem a banheira ou o duche, em que 82,9% da amostra global afirma a necessidade de ajuda. Há uma elevada consistência de respostas dos utentes por tipologia de Unidades, onde em todas é proeminente a percentagem dos utentes que necessitam de ajuda – 100% dos utentes da Unidade de Longa Duração e Manutenção, 85,7% dos utentes da Unidade de Média Duração e Reabilitação, e por fim, 66,7% dos utentes da Unidade de Convalescença.

Quando inquiridos relativamente da sua capacidade para realizar qualquer tarefa doméstica, a resposta foi quase unânime em toda a amostra, onde 91,4% dos utentes assumiram que não conseguem, de momento, nem tampouco sabem se voltarão a ter capacidade para tal, os restantes 8,6% dos utentes afirmam que conseguem realizar, de forma autónoma, as tarefas mais ligeiras, necessitando de ajuda para as mais pesadas. Como verificado, também, na questão anterior, a resposta mais representativa da amostra global repercute-se em todas as Unidades - 100% dos utentes da de Média Duração e Reabilitação, 92,3% dos utentes da Unidade de Longa Duração e Manutenção, e por fim, 86,7% dos utentes da Unidade de Convalescença afirmam que não conseguem realizar qualquer tarefa doméstica.

No que diz respeito à capacidade dos utentes em preparar as suas refeições, 80% da amostra refere que não consegue preparar, enquanto que, os restantes 20% referem que são capazes de preparar algumas coisas, no entanto necessitam de ajuda para cozinhar refeições completas. Nas três Unidades a incapacidade total em preparar refeições assume uma maioria significativa na Unidade de Media Duração e Reabilitação com 100%, na Unidade de Longa Duração e Manutenção com 84,6%, e na Unidade de Convalescença com 66,7%.

No que se refere à capacidade de o utente se alimentar, verificamos uma predominância dos utentes que não necessitam de ajuda (57,1%), face aos 28,6% que afirmam que necessitam de alguma ajuda, nomeadamente para cortar os alimentos, e aos 14,3% que não conseguem alimentar-se, necessitando de ajuda total. Numa análise dos utentes por tipologia de Unidade, observamos uma maioria significativa de utentes que não necessitam de ajuda, assumindo independência total em alimentar-se, na Unidade de Convalescença (86,7%) e na Unidade de Média Duração e Reabilitação (71,4%),

contrariamente à Unidade de Longa Duração e Manutenção, onde observamos que 46,2% dos utentes necessita de alguma ajuda para se alimentar, e 38,5% dos utentes não consegue alimentar-se, sendo totalmente dependentes de ajuda para o fazer.

No que concerne à toma dos seus medicamentos, 45,7% da amostra global afirma não necessitar de ajuda, sendo capaz de os tomar nas doses e horas corretas, 34,3% afirma que necessita de alguma ajuda, nomeadamente ao nível da preparação e que lhos lembrem de tomar, não obstante, 20% da amostra revela não ser capaz de tomar os medicamentos. Por tipologia de Unidade, compreendemos que à semelhança de outras questões, é verificada uma representatividade superior dos utentes que não necessitam de ajuda para esta tarefa, que estejam internados na Unidade de Convalescença (73,3%) e na Unidade de Média Duração e Reabilitação (71,4%), ao invés da Unidade de Longa Duração e Manutenção, onde 53,8% dos utentes aí internados afirma ser totalmente incapaz de tomar os seus medicamentos.

No que se refere à incontinência urinária e incontinência fecal, constatamos que a maioria da amostra revela não ter acidentes com a bexiga (62,9%) nem ter acidentes com os intestinos (68,6%). Analisando detalhadamente por tipologia de Unidade, observamos que a predominância de utentes sem acidentes de bexiga e intestinos se repercute nas três, no entanto, a Unidade de Longa Duração e Manutenção também apresenta percentagens significativas de utentes que têm acidentes frequentes ao nível da bexiga e dos intestinos (30,8%).

Quanto à última questão da dimensão de “Auto-cuidado”, quando inquiridos acerca da sua capacidade em utilizar a sanita ou cadeira sanitária, 42,9% dos utentes afirmou conseguir utilizar, embora necessite de alguma ajuda, 37,1% afirmou ter autonomia e capacidade para utilizar a sanita sozinho, enquanto que 20% admite não a conseguir utilizar. Analisando detalhadamente por tipologia de Unidade observamos que a maioria dos utentes da Unidade de Convalescença – 73,3%, não necessita de ajuda, 71,4% dos utentes da Unidade de Média Duração e Reabilitação apenas consegue utilizar a sanita ou cadeira sanitária com alguma ajuda, e por fim, mais de metade dos utentes da Unidade de Longa Duração e Manutenção (53,8%) assume não a conseguir utilizar.

Questões	Amostra global		Unidade de Internamento					
			UC		UMDR		ULDM	
	N	%	n	%	n	%	N	%
2.1. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (Pentear-se, barbear-se, maquihar-se)								
Sem ajuda	19	54,3%	10	66,7%	5	71,4%	4	30,8%
Precisa de ajuda	16	45,7%	5	33,3%	2	28,6%	9	69,2%

2.2. Consegue vestir-se?								
Sem ajuda	5	14,3%	4	26,7%	1	14,3%	0	0%
Com alguma ajuda	19	54,3%	10	66,7%	5	71,4%	4	30,8%
Não consegue	11	31,4%	1	6,7%	1	14,3%	9	69,2%
2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?								
Sem ajuda	20	57,1%	11	73,3%	7	100%	2	15,4%
Precisa de alguma ajuda	15	42,9%	4	26,7%	0	0%	11	84,6%
2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?								
Sem ajuda	6	17,1%	5	33,3%	1	14,3%	0	0%
Precisa de alguma ajuda	29	82,9%	10	66,7%	6	85,7%	13	100%
2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?								
Com alguma ajuda	3	8,6%	2	13,3%	0	0%	1	7,7%
Não consegue	32	91,4%	13	86,7%	7	100%	12	92,3%
2.6. Consegue preparar as suas refeições?								
Com alguma ajuda	7	20%	5	33,3%	0	0%	2	15,4%
Não consegue	28	80%	10	66,7%	7	100%	11	84,6%
2.7. Consegue alimentar-se?								
Sem ajuda	20	57,1%	13	86,7%	5	71,4%	2	15,4%
Com alguma ajuda	10	28,6%	2	13,3%	2	28,6%	6	46,2%
Não consegue	5	14,3%	0	0%	0	0%	5	38,5%
2.8. Consegue tomar os seus medicamentos?								
Sem ajuda	16	45,7%	11	73,3%	5	71,4%	0	0%
Com alguma ajuda	12	34,3%	4	26,7%	2	28,6%	6	46,2%
Não consegue	7	20%	0	0%	0	0%	7	53,8%
2.9. Tem acidentes com a sua bexiga (incontinência urinária)?								
Não tem acidentes	22	62,9%	13	86,7%	3	42,9%	6	46,2%
Tem acidentes ocasionais	6	17,1%	0	0%	3	42,9%	3	23,1%
Tem acidentes frequentes	7	20%	2	13,3%	1	14,3%	4	30,8%
2.10. Tem acidentes com os seus intestinos (incontinência fecal)?								
Não tem acidentes	24	68,6%	14	93,3%	5	71,4%	5	38,5%
Tem acidentes ocasionais	6	17,1%	1	6,7%	1	14,3%	4	30,8%
Tem acidentes frequentes	5	14,3%	0	0%	1	14,3%	4	30,8%
2.11. Consegue utilizar a sanita (ou cadeira sanitária)?								
Sem ajuda	13	37,1%	11	73,3%	2	28,6%	0	0%
Com alguma ajuda	15	42,9%	4	26,7%	5	71,4%	6	46,2%
Não consegue	7	20%	0	0%	0	0%	7	53,8%

Tabela 5 – Distribuição da amostra pela dimensão “Auto-Cuidado” por valor global e por tipologia de Unidade de internamento.

Dimensão 3 – Mobilidade

A dimensão 3 remonta-nos para questões acerca da Mobilidade dos utentes internados nas respetivas Unidades, para compreender o seu grau de dependência e dificuldade neste fator. Desta forma, à semelhança das dimensões anteriores, foi feita uma análise da amostra global e da amostra por tipologia de Unidade, da tabela 6.

Na primeira questão, os utentes foram inquiridos sobre se eram capazes de se deslocar da cama para a cadeira, quando estas se encontrassem ao lado uma da outra, sendo que 68,6% afirmou que conseguia, enquanto 31,4% afirmou que necessitava de ajuda. Avaliando os utentes por Unidade, observou-se que todos os utentes da Unidade de Convalescença e 85,7% dos utentes da Unidade de Média Duração e Reabilitação afirmam que conseguem sem necessidade de ajuda, enquanto que a maioria dos utentes da Unidade de Longa Duração e Manutenção necessita de ajuda (76,9%).

A maioria dos indivíduos apresenta ter problemas com os pés, como deformidades, micoses e dores, face aos 28,6% que não apresentam problemas. Por Unidade, observamos o mesmo resultado em qualquer uma delas, onde a maioria dos utentes apresentam problemas de pés.

No que diz respeito à capacidade de os utentes se deslocarem dentro de casa, mais de metade da amostra (57,1%) afirma conseguir deslocar-se numa cadeira de rodas, 22,9% afirma deslocar-se sem necessidade de qualquer ajuda, 11,4% encontra-se acamado, não se podendo deslocar, e por fim, 8,6% refere que é capaz de se deslocar desde que com o apoio de alguém ou de um equipamento técnico, como a bengala, muleta e andarilho. Numa análise detalhada dos utentes internados nas Unidades, verificamos que na Unidade de Média Duração e Reabilitação e na Unidade de Longa Duração e Manutenção predominam os utentes capazes de se deslocar numa cadeira de rodas (71,4% e 61,5%, respetivamente), enquanto na Unidade de Convalescença, a percentagem de utentes que se deslocam numa cadeira de rodas e de utentes que não necessitam de qualquer ajuda para se deslocar assumem a mesma percentagem de predominância (46,7%). Importa referir, também, que apenas na Unidade de Longa Duração e Manutenção se verificam utentes acamados, não se podendo deslocar de forma alguma, e representando, assim, uma elevada dependência.

Relativamente à questão da aptidão dos utentes para subir e descer escadas, mais de metade da amostra referiu que não consegue (62,9%). Numa análise particularizada sobre as Unidades, verificamos que uma maioria significativa dos utentes da Unidade de Média Duração e Reabilitação e da Unidade de Longa Duração e Manutenção não são capazes de subir e descer escadas (71,4% e 92,3%), ao invés de que na Unidade de

Convalescença, a maioria dos utentes afirma ser capaz de o fazer, embora necessite de ajuda (46,7%).

Quando inquiridos sobre se nos últimos 12 meses sofreram alguma queda, 45,7% da amostra referiu que não, 20% referiu que caiu uma vez, e 34,3% assumiu que caiu 2 vezes ou mais. Analisando por tipologia de Unidade, verificamos uma maioria significativa, de 61,5% de utentes internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção que não sofreram queda alguma nos últimos 12 meses, e uma maioria igualitária de utentes internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação que caíram uma vez, ou duas ou mais vezes (42,9%). Na Unidade de Convalescença verificamos que a maioria (46,7%) dos utentes refere que não sofreu nenhuma queda, no entanto, 40% afirma ter caído 2 ou mais vezes.

No que se refere à capacidade de andar no exterior, a maioria da amostra apresenta não ser capaz (45,7%), enquanto 34,3% afirma ser capaz de o fazer com alguma ajuda, e 20% afirma conseguir andar no exterior de forma autónoma, sem necessitar de qualquer ajuda. Numa análise detalhada dos utentes pelas Unidades onde se encontram internados, verificamos que na Unidade de Convalescença predominam os utentes que são capazes de se deslocar no exterior sem necessidade de ajuda (40%), ao invés de que na Unidade de Média Duração e Reabilitação e na Unidade de Longa Duração e Manutenção predominam os utentes que não conseguem andar no exterior (57,1% e 61,5%, respetivamente).

Foi questionado se os utentes se sentem capazes de fazer compras, contudo a resposta foi quase unânime na amostra total, em que 85,7% afirma não conseguir, face aos 8,6% que conseguem com ajuda, e aos 5,7% que não necessitam de ajuda, tendo total independência para fazer compras. À semelhança da amostra global, uma maioria bastante significativa dos utentes das três Unidades – 73,3% da Unidade de Convalescença, 92,3% da Unidade de Longa Duração e Manutenção, e 100% da Unidade de Média Duração e Reabilitação revelou ser incapaz de fazer compras.

Por fim, no que diz respeito à dificuldade dos utentes se deslocarem a serviços públicos, como o consultório médico, a farmácia, e o dentista, foi observada uma percentagem igualitária da amostra de utentes que não conseguem deslocar-se, e de utentes que conseguem, embora com ajuda (48,6%), e apenas 2,9% referem que não têm dificuldade. Fazendo uma análise diferenciada por tipologia de Unidade, constatamos que na Unidade de Convalescença predominam os utentes que se deslocam a serviços públicos com ajuda (53,3%), e na Unidade de Média Duração e Reabilitação e na Unidade de Longa Duração e Manutenção predominam os utentes que não são capazes de se deslocar a serviços públicos (57,1% e 53,8%, respetivamente).

Questões	Amostra global		Unidade de Internamento					
			UC		UMDR		ULDM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
3.1. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?								
Sem ajuda	24	68,6%	15	100%	6	85,7%	3	23,1%
Com alguma ajuda	11	31,4%	0	0%	1	14,3%	10	76,9%
3.2. Tem problemas com os seus pés?								
Não	10	28,6%	6	40%	2	28,6%	2	15,4%
Alguns problemas	25	71,4%	9	60%	5	71,4%	11	84,6%
3.3. Consegue deslocar-se dentro de casa?								
Sem ajuda	8	22,9%	7	46,7%	1	14,3%	0	0%
Numa cadeira de rodas	20	57,1%	7	46,7%	5	71,4%	8	61,5%
Com alguma ajuda	3	8,6%	1	6,7%	1	14,3%	1	7,7%
Está acamado	4	11,4%	0	0%	0	0%	4	30,8%
3.4. Consegue subir e descer escadas?								
Sem ajuda (com ou sem ajuda técnica de auxílio à marcha)	3	8,6%	3	20%	0	0%	0	0%
Com alguma ajuda	10	28,6%	7	46,7%	2	28,6%	1	7,7%
Não consegue	22	62,9%	5	33,3%	5	71,4%	12	92,3%
3.5. Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?								
Não	16	45,7%	7	46,7%	1	14,3%	8	61,5%
Uma vez	7	20%	2	13,3%	3	42,9%	2	15,4%
2 vezes ou mais	12	34,3%	6	40%	3	42,9%	3	23,1%
3.6. Consegue andar no exterior?								
Sem ajuda	7	20%	6	40%	1	14,3%	0	0%
Com alguma ajuda	12	34,3%	5	33,3%	2	28,6%	5	38,5%
Não consegue	16	45,7%	4	26,7%	4	57,1%	8	61,5%
3.7. Consegue ir às compras?								
Sem ajuda	2	5,7%	2	13,3%	0	0%	0	0%
Com alguma ajuda	3	8,6%	2	13,3%	0	0%	1	7,7%
Não consegue	30	85,7%	11	73,3%	7	100%	12	92,3%
3.8. Tem dificuldade em deslocar-se a serviços públicos (consultório médico, farmácia, dentista,...)?								
Não tem dificuldade	1	2,9%	1	6,7%	0	0%	0	0%
Com alguma ajuda	17	48,6%	8	53,3%	3	42,9%	6	46,2%
Não consegue	17	48,6%	6	40%	4	57,1%	7	53,8%

Tabela 6 – Distribuição da amostra pela dimensão “Mobilidade” por valor global e por tipologia de Unidade de internamento.

Dimensão 4 – Segurança

Na tabela 7, analisamos a Dimensão 4, respetiva à Segurança que os utentes sentem em relação à sua residência atual, a qual foi subentendida como a Unidade de internamento onde o utente se encontrava no momento da aplicação dos questionários.

Foi questionado ao utente se este se sente seguro dentro da Unidade de Cuidados Continuados Integrados onde se encontra internado, e obteve-se de 94,3% da amostra, uma

maioria significativa de respostas positivas face a apenas 5,7% de respostas negativas, correspondentes a uma pessoa da Unidade de Convalescença e a uma pessoa da Unidade de Longa Duração e Manutenção.

No que se refere ao sentimento de segurança fora da Unidade, 57,1% dos utentes revelou sentir-se seguro, face a 42,9% dos utentes que revelou não se sentir seguro fora da Unidade derivado do seu estado reduzido de capacidade funcional. Numa análise detalhada por Unidade, observou-se uma maioria de utentes internados na Unidade de Media Duração e Manutenção que, também, se sente seguro fora da Unidade (57,1%), enquanto que, a maioria, 60% dos utentes internados na Unidade de Convalescença, e 61,5% dos utentes internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção, não se sente seguro fora da mesma.

Questões	Amostra global		Unidade de Internamento					
			UC		UMDR		ULDM	
	n	%	n	%	n	%	N	%
4.1. Sente-se seguro dentro do seu local de residência atual (Unidade de internamento)?								
Sim	33	94,3%	14	93,3%	7	100%	12	92,3%
Não	2	5,7%	1	6,7%	0	0%	1	7,7%
4.2. Sente-se seguro fora da sua residência atual (Unidade de internamento)?								
Sim	15	42,9%	6	40%	4	57,1%	5	38,5%
Não	20	57,1%	9	60%	3	42,9%	8	61,5%

Tabela 7 – Distribuição da amostra pela dimensão “Segurança” por valor global e por tipologia de Unidade de internamento.

Dimensão 5 – Finanças

No gráfico 6, está presente a Dimensão relativa às Finanças dos utentes, composta apenas por uma questão, onde se pretende analisar a capacidade do utente em gerir o seu dinheiro e assuntos financeiros. Assim, a maioria da amostra (68,6%) afirma não ser capaz, ao invés de que 31,4% afirma sê-lo. Nas tipologias de Unidades, verificamos que em todas, a maioria dos utentes não consegue gerir os assuntos financeiros, particularmente na Unidade de Longa Duração e Manutenção (92,3%). Contudo na Unidade de Convalescença, essa maioria (de utentes incapazes de gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros), é pouco significativa, de 53,3% face a 46,7% de utentes que é capaz de o fazer.

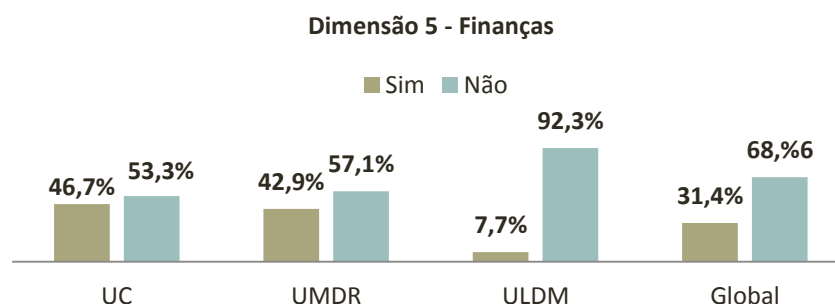


Gráfico 6 – Distribuição da amostra pela dimensão “Finanças” por valor global e por tipologia de Unidade de internamento.

Dimensão 6 – Manter-se saudável

Na dimensão 6, presente na tabela 8, iremos analisar 4 questões relativas ao estilo de vida adotado pelos utentes com vista à promoção da sua saúde, no presente momento da sua vida.

Primeiramente foi questionado aos utentes se estes praticavam exercício regularmente, sendo-lhes explicitado que derivado da sua condição atual – período de internamento numa Unidade, o exercício se subentendia por exercícios ligeiros, como caminhar, fazer pequenos alongamentos, e por fisioterapia na Unidade. Deste modo, obteve-se resposta positiva de 62,9% da amostra global, face a respostas negativas de 37,1% da mesma. Numa análise detalhada dos utentes por tipologia de Unidade, observamos que todos os utentes internados na Unidade de Convalescença e na Unidade de Média Duração e Reabilitação praticam exercício regularmente, contrariamente à Unidade de Longa Duração e Manutenção onde constatamos que nenhum utente internado pratica exercício de forma regular (não impedindo que algum pratique, mas de forma muito reduzida).

Relativamente aos hábitos tabágicos, a grande maioria da amostra afirmou não fumar (91,4%), não obstante 8,6% que declarou fumar tabaco. Diferenciando os utentes por Unidade, constatamos que nenhum utente da Unidade de Longa Duração e Manutenção fuma, ao invés de que na Unidade de Média Duração e Reabilitação um utente tem o hábito de fumar, bem como dois utentes internados na Unidade de Convalescença.

Foi verificado que nenhum utente inquirido da amostra global considera que bebe demasiadas bebidas alcoólicas.

Quanto à preocupação dos utentes com o seu peso, 80% da amostra global revelou não ter qualquer preocupação. Analisando os utentes pela Unidade onde se encontram em período de internamento, verificamos uma maioria de utentes que não têm preocupação com o seu peso em todas as Unidades, no entanto de forma mais detalhada, percecionamos que na Unidade de Média Duração e Reabilitação, 28,6% dos seus utentes refere ter

preocupações com excesso de peso, e na Unidade de Convalescença, 13,3% refere, também, preocupações com o seu peso, e 20% refere ter preocupações com perda de peso.

Questões	Amostra global		Unidade de Internamento					
			UC		UMDR		ULDM	
	n	%	N	%	n	%	N	%
6.1. Pratica exercício regularmente (exercício físico, fisioterapia)?								
Sim	22	62,9%	15	100%	7	100%	0	0%
Não	13	37,1%	0	0%	0	0%	13	100%
6.2. Fuma tabaco?								
Sim	3	8,6%	2	13,3%	1	14,3%	0	0%
Não	32	91,4%	13	86,7%	6	85,7%	13	100%
6.3. Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?								
Não	35	100%	15	100%	7	100%	13	100%
6.4. Tem alguma preocupação com o seu peso?								
Com excesso de peso	4	11,4%	2	13,3%	2	28,6%	0	0%
Com perda de peso	3	8,6%	3	20%	0	0%	0	0%
Não tem preocupações	28	80%	10	66,7%	5	71,4%	13	100%

Tabela 8 – Distribuição da amostra pela dimensão “Manter-se saudável” por valor global e por tipologia de Unidade de internamento.

Dimensão 7 – Saúde Mental e Bem-Estar

Na tabela 9, é feita uma análise à Dimensão 7, referente à saúde mental e ao bem-estar dos utentes, através de sete questões.

No que concerne à capacidade dos utentes em realizar atividades de lazer, passatempos, leitura, e outras atividades de aprendizagem importantes na sua vida, 57,1% da amostra referiu ser capaz, face a 42,9% que não o são. Distribuindo os utentes por tipologia de Unidade, verificamos que a maioria dos utentes da Unidade de Convalescença (66,7%) e da Unidade de Média Duração e Reabilitação (85,7%) afirmam, ainda, ser capazes de realizar tarefas e atividades que consideram importantes, como leitura, trabalhos manuais, e jogos didáticos, ao invés de que na Unidade de Longa Duração e Manutenção predominam os utentes que não são capazes de realizar essas atividades (69,2%).

Quanto questionados acerca da perceção que têm relativamente à sua saúde, a maioria da amostra – 62,9%, considerou-a como “fraca”, 34,3% considerou como “razoável”, enquanto que apenas 2,9% a considerou como “boa”. A maioria dos utentes internados na Unidade de Convalescença (73,3%) e na Unidade de Longa Duração e Manutenção (61,5%) percecionam a sua saúde como “fraca”. Na Unidade de Média Duração e Reabilitação, 42,9% dos utentes percecionam a saúde como “fraca”, outros 42,9% percecionam como “razoável”, e um utente (2,9%) percecionam a sua saúde como “boa”.

No que diz respeito à solidão, a amostra dividiu-se nas várias opções de resposta. Sendo que 28,6%, assumindo a maioria, revelou nunca se sentir sozinho, 25,7% revelou

que, por vezes, se sente sozinho, 20% afirma sentir-se sozinho de forma frequente, 14,3% raramente se sente sozinho, e por fim, apenas 11,4% dos utentes refere sentir-se sozinho sempre. Analisando a amostra de utentes por tipologia de Unidade, verifica-se que na Unidade de Convalescença, há um predomínio de utentes que afirmam nunca se sentir sozinhos (40%), na Unidade de Média Duração e Reabilitação observamos que a maioria dos utentes internados, por vezes, se sente sozinho (42,9%), e na Unidade de Longa Duração e Manutenção, a maioria dos utentes raramente se sente sozinho (38,5%).

No que concerne às dores corporais, apenas 11,4% da amostra global refere não ter dor alguma, contudo a existência de dores fortes apresenta uma maior representatividade da amostra, composta por 42,9% dos utentes. Analisando os utentes nas respetivas Unidades de internamento, verificamos que a maioria dos utentes internados na Unidade de Convalescença (46,7%) e na Unidade de Longa Duração e Manutenção (46,2%) refere ter dores fortes, enquanto que na Unidade de Média Duração e Reabilitação, observamos a mesma percentagem (28,6%) de utentes que têm dores fortes, de utentes que têm dores moderadas e de utentes que têm dores muito suaves, não existindo uma que predomine.

Grande parte dos utentes da amostra referiu sentir-se incomodado por se sentir em baixo e deprimido (71,4%) face aos 28,6% que refere não se sentir dessa forma. Em todas as Unidades predominam os utentes incomodados com os seus sentimentos de tristeza e depressão, contudo na Unidade de Longa Duração e Manutenção, uma percentagem significativa de utentes não apresenta esses sentimentos (46,2%).

Relativamente ao interesse e prazer em fazer coisas/atividades, 62,9% dos utentes referiu já ter pouco, face aos 37,1% que refere que mantém o mesmo interesse e prazer em fazê-las. A maioria dos utentes internados na Unidade de Convalescença e dos utentes internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção (73,3% e 61,5%, respetivamente) revelam ter pouco interesse e prazer em realizar o que quer que seja, contrariamente à Unidade de Média Duração e Reabilitação, onde mais de metade dos utentes (57,1%) revela manter o interesse e prazer em fazer coisas.

Por fim, quando inquiridos acerca de preocupações relativas a perdas e falhas de memória ou esquecimentos, mais de metade da amostra (54,3%) referiu que as tinha, face a 45,7% que não demonstra preocupação, por enquanto. Os utentes internados na Unidade de Convalescença e na Unidade de Média Duração e Reabilitação corroboram o resultado da amostra global, apresentando uma maioria de utentes com preocupações ao nível da memória (60% e 57,1%, respetivamente), ao invés de que a maioria dos utentes, embora pouco significativa, que se encontram internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção revela não ter preocupações (53,8%).

Questões	Amostra global		Unidade de Internamento					
			UC		UMDR		ULDM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
7.1. Consegue realizar atividades de lazer, passatempos, trabalho e outras atividades de aprendizagem que sejam importantes para si?								
Sim	20	57,1%	10	66,7%	6	85,7%	4	30,8%
Não	15	42,9%	5	33,3%	1	14,3%	9	69,2%
7.2. De uma forma geral, diria que a sua saúde é:								
Fraca	22	62,9%	11	73,3%	3	42,9%	8	61,5%
Razoável	12	34,3%	4	26,7%	3	42,9%	5	38,5%
Boa	1	2,9%	0	0%	1	14,3%	0	0%
7.3. Sente-se sozinho(a)?								
Nunca	10	28,6%	6	40%	2	28,6%	2	15,4%
Raramente	5	14,3%	0	0%	0	0%	5	38,5%
Por vezes	9	25,7%	3	20%	3	42,9%	3	23,1%
Frequentemente	7	20%	4	26,7%	1	14,3%	2	15,4%
Sempre	4	11,4%	2	13,3%	1	14,3%	1	7,7%
7.4. Teve dores corporais no mês passado?								
Não	4	11,4%	3	20%	1	14,3%	0	0%
Sim, muito suaves	3	8,6%	1	6,7%	2	28,6%	0	0%
Sim, suaves	4	11,4%	2	13,3%	0	0%	2	15,4%
Sim, moderadas	9	25,7%	2	13,3%	2	28,6%	5	38,5%
Sim, fortes	15	42,9%	7	46,7%	2	28,6%	6	46,2%
7.5. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por se sentir em baixo, deprimido(a) ou desesperado(a)?								
Sim	25	71,4%	12	80%	6	85,7%	7	53,8%
Não	10	28,6%	3	20%	1	14,3%	6	46,2%
7.6. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?								
Sim	22	62,9%	11	73,3%	3	42,9%	8	61,5%
Não	13	37,1%	4	26,7%	4	57,1%	5	38,5%
7.7. Tem algumas preocupações em relação a perdas/falhas de memória ou esquecimentos?								
Sim	19	54,3%	9	60%	4	57,1%	6	46,2%
Não	16	45,7%	6	40%	3	42,9%	7	53,8%

Tabela 9 – Distribuição da amostra pela dimensão “Saúde Mental e Bem-Estar” por valor global e por tipologia de Unidade de internamento.

Domínios do instrumento EasyCare

Como referido no capítulo da metodologia, o instrumento EASYCare, a partir dos scores atribuídos a determinadas questões⁷, permite observar o grau de dependência, o grau de risco de falha na prestação de auto-cuidado, e o grau de risco de quedas dos utentes. De seguida serão analisados os resultados respetivos a estes três domínios.

a) Grau de (In) dependência

O domínio do grau de (in) dependência dos utentes internados nas UCCI é avaliado através de um conjunto de 18 questões, com as respetivas pontuações para cada opção de

⁷ Ver anexo II

resposta (anexo II). Sendo que, quanto maior a pontuação alcançada (entre 0 e 100), maior o grau de dependência do utente, e quanto menor for a pontuação atingida, menor é o grau de dependência do utente.

Deste modo, a partir da tabela 10, observou-se que a média do grau de (in) dependência da amostra global dos inquiridos, composta por 35 utentes, é de 52,514, o que demonstra um grau de dependência mediano, mas a pender para utentes com maior dependência. Analisando por tipologia de Unidade onde o utente se encontra internado, observou-se que na Unidade de Convalescença, a média do grau de dependência dos utentes é de 34,87, em que grau de dependência mínimo é de 8 (quase total independência), e o máximo é de 65; na Unidade de Média Duração e Reabilitação, observou-se uma média do grau de dependência de 50,57, variando entre o grau mínimo de 26 e máximo de 74, por fim, na Unidade de Longa Duração e Manutenção, é verificada uma média do grau de dependência dos utentes de 73,92, onde o valor mínimo corresponde a 55 (maior que a média da independência global) e o máximo a 97, correspondendo quase ao grau de dependência total. Percecionamos, assim, que na Unidade de Longa Duração e Manutenção, estão internados utentes com um grau de dependência muito superior ao das outras Unidades, e a Unidade de Convalescença apresenta utentes com um grau de dependência bastante inferior.

Grau de (in) dependência	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Unidade de Convalescença	15	8	65	34,87	18,646
Unidade de Média Duração e Reabilitação	7	26	74	50,57	16,205
Unidade de Longa Duração e Manutenção	13	55	97	73,92	13,817
Amostra Global	35	8	97	52,51	23,881

Tabela 10 – Grau de (in) dependência por valor global e por tipologia de Unidade de internamento.

b) Grau de Risco de Falha na Prestação de Auto-Cuidado

O domínio referente ao grau de risco de falha de auto-cuidado é constituído por 12 questões que predizem o aumento do risco de admissão hospitalar. Assim, por cada resposta positiva (indicativa de incapacidade para algo ou necessidade de ajuda), é somado um ponto, sendo que pontuações mais elevadas (máximo de 12) constituem um aumento do risco.

Deste modo, através da tabela 11, foi observado que a média da amostra é de 6,8, constituindo um risco médio-elevado de falha no auto-cuidado dos utentes inquiridos, o que seria expectável, derivado da sua condição de internamento. Foi verificado que os utentes internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção apresentam um risco superior aos utentes internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação e na Unidade de Convalescença ($\bar{x} = 7,46$, face a $\bar{x} = 7$ e $6,13$, respetivamente).

Grau de Risco de Falha de Cuidado	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Unidade de Convalescença	15	1	11	6,13	2,642
Unidade de Média Duração e Reabilitação	7	2	10	7,00	3,265
Unidade de Longa Duração e Manutenção	13	5	11	7,46	2,145
Amostra Global	35	1	11	6,80	2,598

Tabela 11 – Grau de Risco de falha na prestação de autocuidado por valor global e por tipologia de Unidade de internamento.

c) Grau de Risco de Quedas

O grau de risco de quedas é avaliado através de 8 questões que predizem um aumento do risco de quedas ou de lesões que resultem das mesmas. À semelhança do domínio anterior, é somado um ponto por cada resposta afirmativa do utente, as pontuações mais altas constituem um aumento do risco (máximo de 8), sendo que a partir de 3 pontos, já é considerada a existência de risco de quedas.

Observou-se, na tabela 12, que a média de risco de quedas da amostra global é de 3,09, o que indica a existência das mesmas. Particularizando por tipologias de Unidades, constatou-se que na Unidade de Longa Duração e Manutenção, os utentes revelam um maior risco de quedas ($\bar{x} = 3,62$) do que os utentes internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação ($\bar{x} = 3,14$). Na Unidade de Convalescença, a média é de 2,6, o que indica não haver risco de quedas por parte dos utentes.

Grau de Risco de Quedas	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Unidade de Convalescença	15	1	4	2,60	1,298
Unidade de Média Duração e Reabilitação	7	2	4	3,14	0,899
Unidade de Longa Duração e Manutenção	13	1	6	3,62	1,609
Amostra Global	35	1	6	3,09	1,401

Tabela 12 – Grau de Risco de Quedas por valor global e por tipologia de Unidade de internamento.

1.3. Apresentação dos dados do Questionário de Satisfação

1.3.1. Dimensão da Satisfação com a Equipa de Profissionais

a) Integração e Informação

Relativamente à primeira categoria – Integração e Informação, da Dimensão “Satisfação com a Equipa de Profissionais”, presente no gráfico 7, a grande maioria dos utentes da amostra (65,7%) afirma estar satisfeito com a forma como foi recebido e integrado na Unidade, 25,7% afirma estar muito satisfeito, enquanto que 5,7% refere estar insatisfeito, e apenas 2,9% não se diz satisfeito nem insatisfeito.

Forma como o utente foi recebido e integrado na Unidade

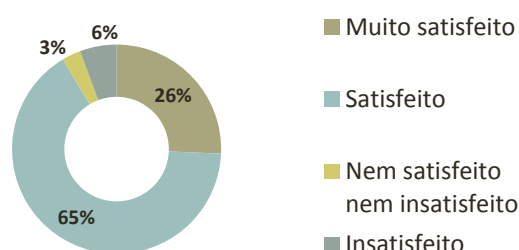


Gráfico 7 – Satisfação dos utentes com a forma de como foi recebido e integrado na Unidade de internamento.

A componente da informação foi subdividida em três distintas, presentes no gráfico 8: informação relativa às dúvidas e esclarecimentos dos utentes, ao tratamento a ser-lhes aplicado na Unidade, e ao seu problema de saúde.

Assim, quanto à satisfação dos utentes com a informação que lhes é dada perante as suas dúvidas e pedidos de esclarecimento, 51,4% dos utentes refere estar muito satisfeito, 40% dos utentes está satisfeito, e apenas 8,6% diz não estar satisfeito nem insatisfeito. Quanto à satisfação dos utentes perante a informação disponibilizada e esclarecida acerca do tratamento que lhes será aplicado na Unidade, 65,7% refere estar satisfeito, 20% encontra-se muito satisfeito, e apenas 14,3% não está satisfeito nem insatisfeito. No que se refere à informação dada e esclarecida quanto ao seu problema de saúde, ou seja, aos motivos por que o utente terá de ser internado na Unidade, 65,7% diz-se satisfeito, 20% refere não estar satisfeito nem insatisfeito, e 14,3% diz-se muito satisfeito.

Informação disponibilizada e esclarecida devidamente quanto:

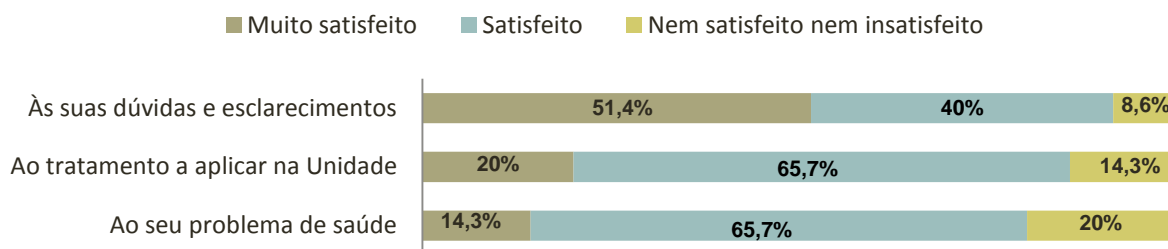


Gráfico 8 – Satisfação dos utentes com informação disponibilizada e esclarecida na Unidade de internamento.

b) Desempenho Técnico dos Profissionais

A categoria “Desempenho técnico dos profissionais” foi subdividida em quatro vertentes – medicação, higiene pessoal, alimentação, e tratamento prático diário (fisioterapia) ao utente, representadas no gráfico n.º9

Relativamente ao desempenho dos profissionais na administração da medicação dos utentes, 71,4% dos utentes refere estar muito satisfeito, 22,9% está satisfeito, e apenas 5,7% não se está satisfeito nem insatisfeito. Quanto ao desempenho dos profissionais no que diz respeito à higiene pessoal do utente, 74,3% dos utentes diz-se muito satisfeito, 17,1% refere estar satisfeito, enquanto 5,7% não está satisfeito nem insatisfeito, e 2,9% encontra-se insatisfeito com este desempenho. No que diz respeito ao desempenho dos profissionais na alimentação do utente (nos horários corretos, na ajuda que fornecem durante a hora da refeição), 48,6% dos utentes referem estar muito satisfeitos, 45,7% estão satisfeitos, e 2,9%, respetivamente, encontram-se nem satisfeitos nem insatisfeitos e somente insatisfeitos. Por fim, no desempenho dos profissionais no que concerne ao tratamento prático diário, a fisioterapia, 54,3% dos utentes refere estar satisfeito, 34,3% está satisfeito, e 5,7%, respetivamente, diz não satisfeito nem insatisfeito, e insatisfeito.

Desempenho dos profissionais quanto:

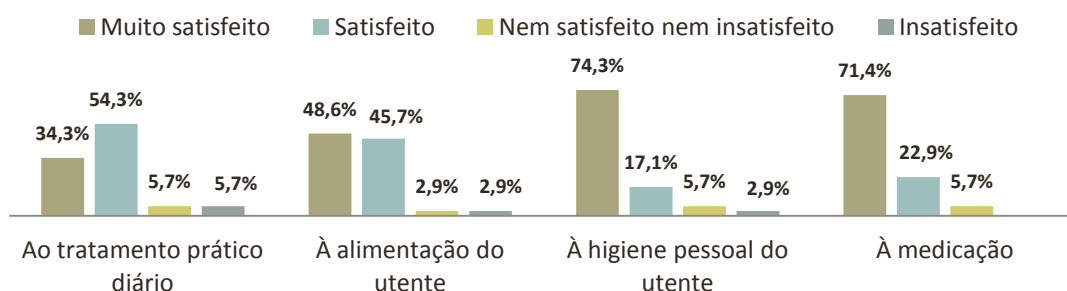


Gráfico 9 – Satisfação dos utentes com o desempenho dos profissionais na Unidade de internamento.

Este último ponto analisado – desempenho técnico dos profissionais de saúde da Unidade, foi verificado com o teste do Qui-Quadrado (a ver na análise inferencial), a existência de diferenças entre as tipologias de Unidade de internamento, deste modo, procedeu-se à análise da distribuição da amostra por tipologia de Unidade, representada na tabela 13. Verificou-se assim, que todos os utentes da Unidade de Média Duração e Reabilitação se encontram muito satisfeitos. Na Unidade de Convalescença, a maioria dos utentes está satisfeita (66,6%) e 33,3% está muito satisfeita. Ao invés de que na Unidade de Longa Duração e Manutenção, verifica-se que 15,4% dos utentes se encontra insatisfeito, 15,4% não está nem satisfeito nem insatisfeito, e 69,2% está satisfeito.

Questão	Unidade de internamento					
	UC		UMDR		ULDM	
	n	%	n	%	n	%
Desempenho dos profissionais relativo ao tratamento prático diário (fisioterapia)						
Insatisfeito	0	0%	0	0%	2	15,4%
Nem satisfeito nem insatisfeito	0	0%	0	0%	2	15,4%
Satisfeito	10	66,7%	0	0%	9	69,2%
Muito satisfeito	5	33,3%	7	100%	0	0%

Tabela 13- Distribuição da amostra referente à satisfação com o tratamento prático diário (fisioterapia), por tipologia de Unidade de internamento.

c) Competências humanas e relacionais dos profissionais

A componente respetiva às competências humanas e relacionais dos profissionais, à semelhança das questões precedentes, foi subdividida em quatro vertentes: simpatia, respeito pelo utente, paciência para o utente, e disponibilidade para o ajudar, presentes no gráfico n.º10.

Assim, relativamente à simpatia dos profissionais, 71,4% dos utentes referiu estar muito satisfeito, e 28,6% dos utentes está satisfeito. No que diz respeito ao respeito pelo utente, 77,1% indica estar muito satisfeito e 22,9% está satisfeito. Quanto à paciência que os profissionais mostram ter para com os utentes, 54,3% diz-se muito satisfeito, 40% satisfeito, e 5,7% nem satisfeito nem insatisfeito. Verifica-se a existência de 60% dos utentes que está muito satisfeito com a disponibilidade dos profissionais para os ajudar, 25,7% que está satisfeito, e 14,3% que não está satisfeito nem insatisfeito com esta vertente.

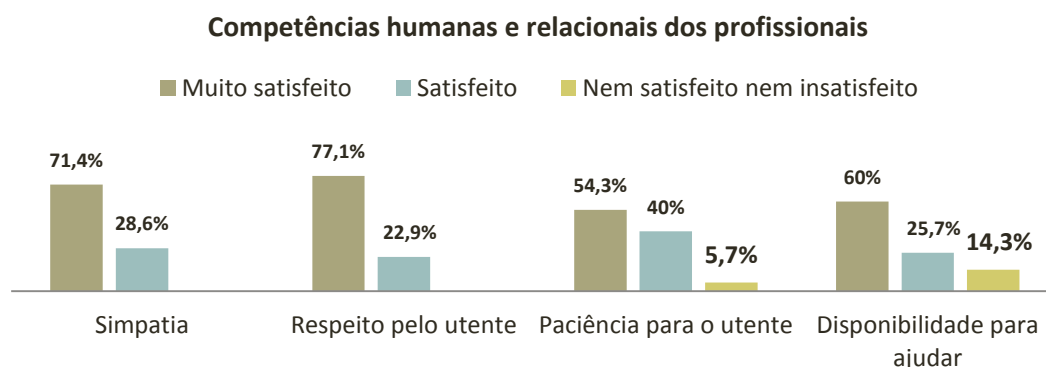


Gráfico 10 – Satisfação dos utentes com as competências técnicas dos profissionais na Unidade de internamento.

Através do teste do Qui-Quadrado (análise inferencial), foram verificadas diferenças estatisticamente significativas na satisfação dos utentes com a disponibilidade dos profissionais para ajudar, entre as diferentes tipologias de Unidade. Deste modo, foi realizada uma análise detalhada por Unidade (tabela 14), da qual se observou que todos os utentes internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação estão muito satisfeitos, assim como a maioria dos utentes internados na Unidade de Convalescença (66,7%). Na Unidade de Longa Duração e Manutenção, as opiniões dos utentes divergem pelas três opções de resposta, contudo verifica-se uma maioria dos utentes satisfeitos, embora pouco significativa.

Questão	Unidade de internamento					
	UC		UMDR		ULDM	
	n	%	n	%	n	%
Disponibilidade dos profissionais para ajudar os utentes						
Nem satisfeito nem insatisfeito	1	6,7%	0	0%	4	30,8%
Satisfeito	4	26,7%	0	0%	5	38,5%
Muito satisfeito	10	66,7%	7	100%	4	30,8%

Tabela 14 - Distribuição da amostra referente à satisfação dos utentes com a disponibilidade dos profissionais para ajudar, por tipologia de Unidade de internamento.

d) Interesse e dedicação dos Profissionais

Na última categoria da dimensão da Satisfação com a Equipa de Profissionais de Saúde – Interesse e dedicação dos profissionais, foram incluídas duas questões, analisadas nos dois gráficos seguintes.

A satisfação com o tempo de atenção e dedicação que os profissionais dispensam aos utentes foi representado, no gráfico 11, onde 48,6% de utentes se expressam como estando satisfeitos, 40% muito satisfeitos, e apenas 11,4% não satisfeitos nem insatisfeitos.

Tempo de atenção e dedicação aos utentes

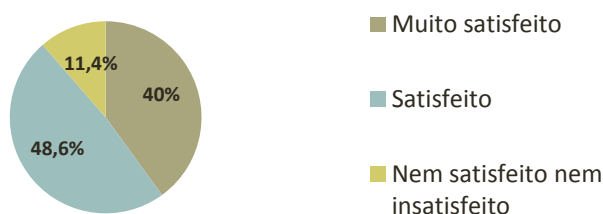


Gráfico 11 – Satisfação dos utentes com o tempo de atenção e dedicação aos utentes, por parte dos profissionais na Unidade de internamento.

No que concerne à satisfação com o interesse que os profissionais nutrem pelo utente e pelo seu estado clínico, representado no gráfico 12, 54,3% afirma estar muito satisfeito, 34,3% está satisfeito, e apenas 11,4% não se encontra satisfeito nem insatisfeito.

Interesse demonstrado pelo utente e evolução do seu estado de saúde

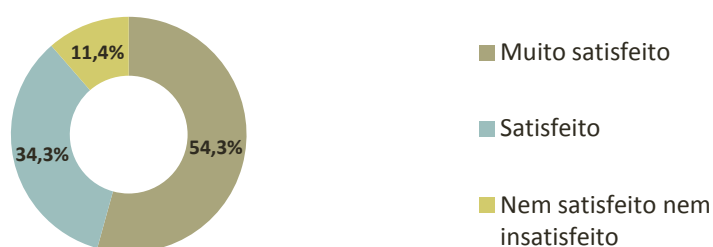


Gráfico 12 – Satisfação dos utentes com o interesse demonstrado pelo utente e pela evolução do seu estado de saúde, por parte dos profissionais, na Unidade de internamento.

1.3.2. Dimensão da Satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados da Unidade

a) Regulamento interno de funcionamento e Horários da Unidade

A categoria – Regulamento interno de funcionamento e horários da Unidade, é composta por duas questões, descritas nos dois gráficos que se seguem, com a respetiva análise.

No que concerne à satisfação com o regulamento interno de funcionamento da Unidade, presente no gráfico n.º13, 74,3% dos utentes indica estar satisfeito, 20% muito satisfeito, e apenas 5,7% refere não estar satisfeito nem insatisfeito.

Regulamento interno de funcionamento da Unidade

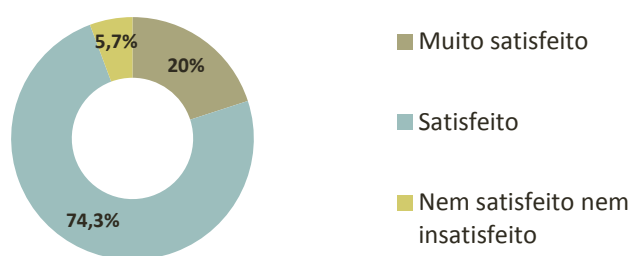


Gráfico 13 – Satisfação dos utentes com o Regulamento interno de funcionamento da Unidade de internamento.

A satisfação dos utentes com os horários diários estabelecidos pela Unidade de internamento, para o utente se levantar, deitar, tomar refeições, e fazer fisioterapia, representada no gráfico 14, obteve uma representatividade de utentes satisfeitos (40%), 28,6% de utentes muito satisfeitos, 28,6% nem satisfeitos nem insatisfeitos, não obstante, 2,9% de utentes que se encontram insatisfeitos, derivado da alteração dos horários que possuíam na sua rotina habitual anterior ao internamento.

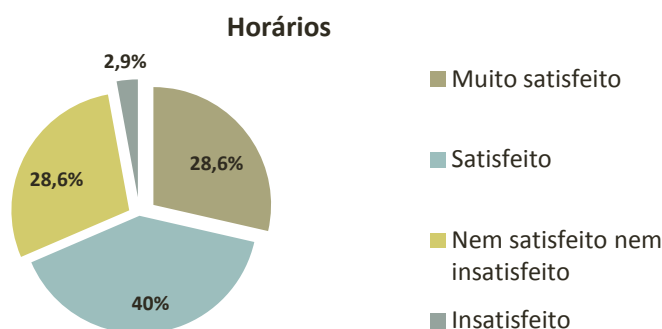


Gráfico 14 – Satisfação dos utentes com os horários diários da Unidade de internamento.

Através do teste do Qui-Quadrado (análise inferencial), foram verificadas diferenças estatisticamente significativas na satisfação dos utentes com a disponibilidade dos profissionais para ajudar, entre as diferentes tipologias de Unidade. Procedeu-se, assim, à observação da distribuição estatística desta categoria, por Unidade de internamento. Na tabela 15, observa-se que a maioria dos utentes da Unidade de Longa Duração e Manutenção refere estar muito satisfeito (53,8%), a maior parte dos utentes da Unidade de Média Duração e Reabilitação está satisfeito (71,4%), enquanto que a maioria dos utentes internados na Unidade de Convalescença não está satisfeito nem insatisfeito (53,3%).

Questão	Unidade de internamento					
	UC		UMDR		ULDM	
	n	%	n	%	N	%
Insatisfeito	1	6,7%	0	0%	0	0%
Nem satisfeito nem insatisfeito	8	53,3%	1	14,3%	1	7,7%
Satisfeito	4	26,7%	5	71,4%	5	38,5%
Muito satisfeito	2	13,3%	1	14,3%	7	53,8%

Tabela 15 - Distribuição da amostra referente à satisfação com os horários diários por tipologia de Unidade de internamento

b) Instalações da Unidade

A categoria da satisfação dos utentes com as instalações da Unidade foi subdividida em cinco componentes: localização, perímetro do espaço das divisões, conforto e privacidade dos quartos, silêncio nos quartos, e espaços para os utentes receberem visitas do exterior, representadas no gráfico n.º15.

No que concerne à localização física da Unidade, a maioria dos utentes (62,9%) demonstra estar muito satisfeito, 31,4% está satisfeito, e apenas 5,7% dos utentes não está satisfeito nem insatisfeito. De um modo geral, os utentes encontram-se muito satisfeitos (82,9%) com o perímetro do espaço das várias divisões da Unidade – quartos, casas de banho, refeitório, e salas de convívio, e 17,1% refere estar satisfeito. O conforto e a privacidade dos quartos, envolve 60% de utentes muito satisfeitos, 34,3% satisfeitos, e 5,7% nem satisfeitos nem insatisfeitos. O silêncio nos quartos revela-se menos satisfatório do ponto de vista dos utentes, comparativamente com outras componentes, contudo, 48,6% e 22,9% refere estar satisfeito e muito satisfeito, respetivamente, 25,7% não está satisfeito nem insatisfeito, e 2,9% refere estar insatisfeito. Por último, a maioria dos utentes encontra-se muito satisfeito (51,4%) e satisfeito (45,7%) com os espaços para receber visitas externas – familiares e amigos, e apenas 2,9% não se encontra satisfeito nem insatisfeito.

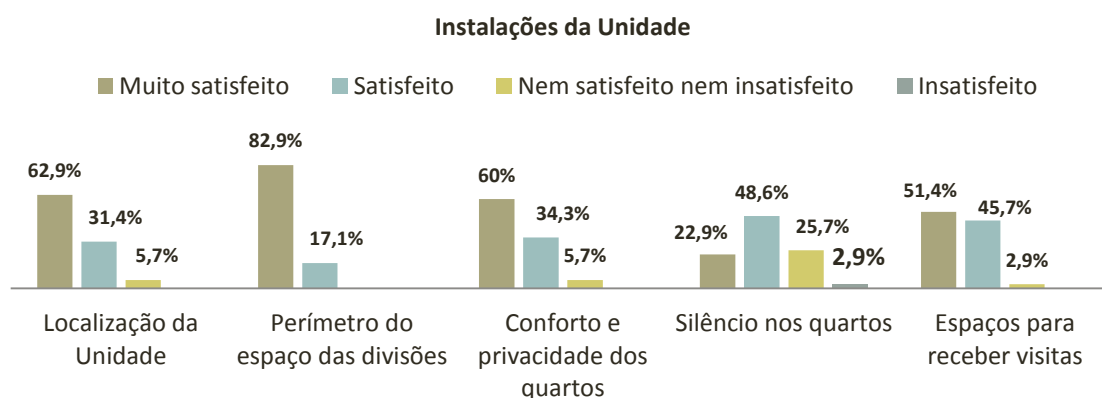


Gráfico 15 – Satisfação dos utentes com as Instalações da Unidade de internamento.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, relativamente à aplicação do teste do Qui-Quadrado (análise inferencial), ao nível da satisfação dos utentes com o perímetro do espaço das divisões da Unidade (quartos, salas comuns, refeitório) bem como ao nível da satisfação dos utentes com o silêncio nos quartos. Deste modo, procedeu-se à análise da distribuição da amostra referente a estas duas categorias de satisfação, por tipologia da Unidade. Observamos na tabela 16, que a maioria dos utentes das três Unidades se encontra muito satisfeito quanto ao perímetro das divisões da Unidade, no entanto uma amostra significativa de utentes da Unidade de Longa Duração e Manutenção encontra-se apenas satisfeita, o que explica as diferenças estatísticas encontradas.

Quanto ao silêncio dos quartos, verificam-se opiniões diversificadas dos utentes nas três Unidades, no entanto a maioria dos utentes da Unidade de Média Duração e Reabilitação refere estar muito satisfeita (57,1%), a grande maioria dos utentes da Unidade de Longa Duração e Manutenção está satisfeita (69,2%), e por fim, a maioria, embora pouco indicativa, dos utentes internados na Unidade de Convalescença não se encontra satisfeito nem insatisfeito (46,7%).

Questão	Unidade de internamento					
	UC		UMDR		ULDM	
	n	%	n	%	n	%
Perímetro do espaço das divisões (quartos, sanitários, salas comuns, sala de refeições)						
Satisfeito	1	6,7%	0	0%	5	38,5%
Muito satisfeito	14	93,3%	7	100%	8	61,5%
Silêncio nos quartos	n	%	n	%	n	%
Insatisfeito	0	0%	0	0%	1	7,7%
Nem satisfeito nem insatisfeito	7	46,7%	1	14,3%	1	7,7%
Satisfeito	6	40%	2	28,6%	9	69,2%
Muito satisfeito	2	13,3%	4	57,1%	2	15,4%

Tabela 16- Distribuição da amostra referente à satisfação do utente com o perímetro do espaço das divisões, e com o silêncio nos quartos, por tipologia de Unidade.

c) Instalações e equipamentos técnicos adequados

A categoria – Equipamentos técnicos adequados, é constituída por duas componentes presentes e analisadas nos gráficos que se seguem.

Numa primeira abordagem procurou conhecer-se a satisfação relativa às instalações sanitárias, na medida em que estas se encontram ou não adequadas às limitações físicas dos utentes. Verificou-se um resultado muito positivo, sendo que 77,1% dos utentes se encontra muito satisfeito com a adequação e qualidade das instalações sanitárias, e 22,9% se encontra satisfeito. (Gráfico 16)

Instalações sanitárias adequadas

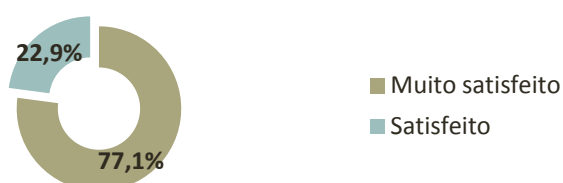


Gráfico 16 – Satisfação dos utentes com as instalações sanitárias adequadas às suas características físicas, na Unidade de internamento.

Através do teste do Qui-Quadrado (análise inferencial), foram verificadas diferenças estatisticamente significativas na satisfação dos utentes com a adequação das instalações sanitárias às características físicas dos utentes, entre as diferentes tipologias de Unidade. Procedeu-se, assim, à observação da distribuição estatística da amostra nesta categoria, por Unidade de internamento. Na tabela 17, observa-se que a maioria dos utentes das três Unidades se encontra muito satisfeito, contudo na Unidade de Longa Duração e Manutenção, verifica-se um valor representativo de utentes apenas satisfeitos (46,2%), o que explica as diferenças estatísticas encontradas.

Questão	Unidade de internamento					
	UC		UMDR		ULDM	
	n	%	n	%	n	%
Satisfeito	2	13,3%	0	0%	6	46,2%
Muito satisfeito	13	86,7%	7	100%	7	53,8%

Tabela 17 - Distribuição da amostra referente à satisfação com a adequação das instalações sanitárias, por tipologia de Unidade.

Quanto à satisfação dos utentes com os equipamentos técnicos e de apoio na Unidade, como elevadores, rampas, e barras de apoio, observou-se, no gráfico 17, que 71,4% dos utentes está muito satisfeito, 25,7% está satisfeito, e apenas 2,9% não está satisfeito nem insatisfeito.

Equipamentos técnicos e de apoio

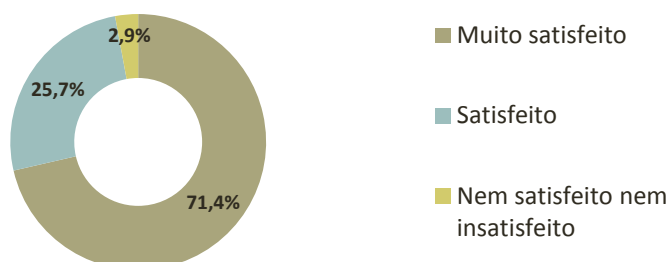


Gráfico 17 – Satisfação dos utentes com os equipamentos técnicos e de apoio, na Unidade de internamento.

d) Serviços da Unidade

Nesta última categoria da dimensão da “Satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados na Unidade”, os utentes foram inquiridos relativamente da sua satisfação com os serviços prestados na Unidade. Numa primeira parte fez-se uma análise à satisfação com os serviços de disponibilização de materiais e produtos necessários ao utente, de higiene e limpeza das instalações, e de frequência de mudas de roupa, representados no gráfico 18. Numa segunda parte é analisada a satisfação referente ao serviço de refeição, quanto à qualidade, variedade, quantidade, e temperatura, presente no gráfico n.º19.

A maioria dos utentes (62,9%) encontra-se muito satisfeito no que se refere à disponibilização de produtos necessários, como água, medicação, e produtos de higiene (pomadas, cremes, fraldas, sabonetes), 31,4% dos utentes encontram-se satisfeitos, e 5,7% não se encontra satisfeito nem insatisfeito. Quanto à higiene e limpeza das instalações da Unidade, 51,4% dos utentes refere estar satisfeito, 25,7% está muito satisfeito, e 22,9% não está satisfeito nem insatisfeito. No que diz respeito à frequência de mudas de roupa, quer de vestuário do utente, quer dos lençóis e cobertores das suas camas, e ao tratamento das mesmas, 60% dos utentes refere estar muito satisfeito com o serviço, e 40% refere estar satisfeito, sendo opinião unânime de que a roupa da cama é mudada pelo menos duas vezes por semana, e o seu vestuário é trocado diariamente.

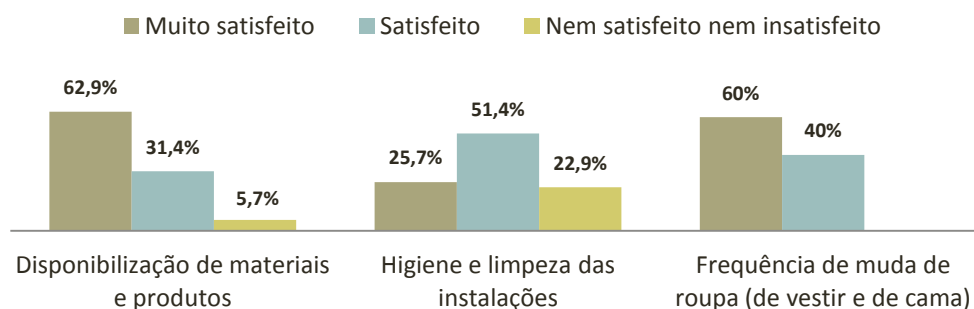


Gráfico 18 – Satisfação dos utentes com os serviços da Unidade de internamento.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, através da aplicação do teste do Qui-Quadrado (análise inferencial), na relação entre a satisfação dos utentes com a higiene e limpeza das instalações e a tipologia de Unidade de internamento. Procedeu-se a uma análise detalhada através de uma tabela cruzada (tabela 18), onde foi observada uma maioria de utentes da Unidade de Média Duração e Reabilitação, muito satisfeitos (71,4%), face à maioria dos utentes da Unidade de Convalescença que referiram estar satisfeitos (66,7%), e aos utentes da Unidade de Longa Duração e Manutenção se encontram, maioritariamente satisfeitos (46,2%) e nem satisfeitos nem insatisfeitos (46,2%).

Questão	Unidade de internamento					
	UC		UMDR		ULDM	
	n	%	n	%	n	%
Nem satisfeito nem insatisfeito	2	13,3	0	0%	6	46,2%
Satisfeito	10	66,7%	2	28,6%	6	46,2%
Muito satisfeito	3	20%	5	71,4%	1	7,7%

Tabela 18- Distribuição da amostra referente à satisfação com a higiene e limpeza das instalações, por tipologia de Unidade de internamento.

Na secção do serviço de refeição, os utentes foram inquiridos relativamente da qualidade do mesmo, da variedade, da quantidade e da temperatura, como demonstrado no gráfico 19. No que se refere à qualidade da refeição, 45,7% dos utentes refere estar satisfeito, 20% está muito satisfeito, 25,7% não se sente nem satisfeito nem insatisfeito, e 8,6% mostra insatisfação. Os utentes que não estão satisfeitos com a qualidade da comida, quando inquiridos acerca do motivo, referiram que a comida sendo igual para todos os utentes da Unidade, envolve especificidades, como pouco sal e gordura, o que pode não lhes agradar. Quanto à variedade da refeição, a maioria dos utentes está muito satisfeito (42,9%), 28,6% está satisfeito, 25,7% não se encontra satisfeito nem insatisfeito, e 2,9% refere estar insatisfeito. A quantidade de comida é, na sua maioria, muito satisfatória (45,7%) e satisfatória (42,9%), contudo, 5,7% dos utentes indica não estar nem satisfeito nem insatisfeito, e insatisfeito. A temperatura da comida, na generalidade, também é boa, onde 51,4% dos utentes diz-se muito satisfeito, 25,7% diz-se satisfeito, e 22,9% nem satisfeito nem insatisfeito.

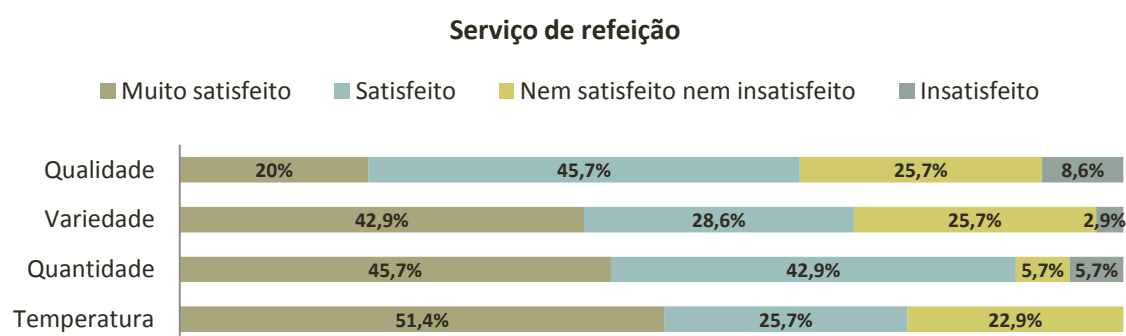


Gráfico 19 – Satisfação dos utentes com o serviço de refeição da Unidade de internamento.

Com a aplicação do teste do Qui-Quadrado, na análise inferencial, constataram-se diferenças estatisticamente significativas entre as tipologias de Unidades, relativamente à satisfação com a temperatura da refeição, nesta linha, procedeu-se à análise da sua distribuição, a partir da tabela 19, e foi verificado que todos os utentes da Unidade de Média Duração e Reabilitação estão muito satisfeitos, bem como a maioria dos utentes da Unidade

de Convalescença (53,3%). Na Unidade de Longa Duração e Manutenção, a maioria dos utentes não se encontra satisfeito nem insatisfeito a temperatura da refeição.

Questão	Unidade de internamento					
	UC		UMDR		ULDM	
	n	%	n	%	n	%
Nem satisfeito nem insatisfeito	2	13,3	0	0%	6	46,2%
Satisfeito	5	33,3%	0	0%	4	30,8%
Muito satisfeito	8	53,3%	7	100%	3	23,1%

Tabela 19- Distribuição da amostra referente à satisfação com a temperatura da refeição, por tipologia de Unidade de internamento

Resultados globais de Satisfação

De forma a concluir a apresentação dos dados descritivos, referentes ao questionário de satisfação, procedeu-se à análise do grau de satisfação das duas dimensões - satisfação com a equipa de profissionais e satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados na Unidade, bem como ao grau de satisfação global (junção da duas dimensões), através da medida de tendência central – média, e da medida de dispersão – desvio-padrão. A escala de medida utilizada mantém-se – escala de *likert* (entre grau 1, correspondente a muito insatisfeito, e o grau 5, correspondente a muito satisfeito).

Deste modo, foi verificado na tabela n.º20, que o total da amostra do estudo, na globalidade, sente-se satisfeito com a Unidade ($\bar{x}=4,37$), quer com os profissionais de saúde ($\bar{x}=4,39$), quer com os aspetos organizacionais e serviços prestados ($\bar{x}=4,35$).

Numa análise, da distribuição da amostra por Unidade, foi observada uma média de satisfação global ($\bar{x}=4,75$) e nas duas dimensões distintas ($\bar{x} \text{ sat. profissionais} = 4,81$ e $\bar{x} \text{ sat. aspetos organiz.} = 4,69$) superior nos utentes internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação, o que indica um resultado muito satisfatório na Unidade.

O grau de Satisfação ao nível global e das duas dimensões apresenta-se como inferior na Unidade de Longa Duração e Manutenção, sendo representado por médias inferiores ($\bar{x} \text{ sat. global} = 4,19$, $\bar{x} \text{ sat. profissionais} = 4,15$, e $\bar{x} \text{ sat. aspetos organiz.} = 4,24$). Contudo, apesar de inferiores, todos os valores são satisfatórios nas três Unidades.

	Grau de Satisfação	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Amostra Global	Equipa de Profissionais	35	3,43	4,93	4,39	0,391
	Aspetos organizacionais e serviços prestados	35	3,63	4,81	4,35	0,314
	Satisfação Global	35	3,53	4,83	4,37	0,329
Unidade de Convalescença	Equipa de Profissionais	15	3,71	4,79	4,42	0,305
	Aspetos organizacionais e serviços prestados	15	3,94	4,50	4,28	0,209
	Satisfação Global	15	3,87	4,63	4,34	0,226
Unidade de Média Duração e Reabilitação	Equipa de Profissionais	7	4,71	4,93	4,81	0,079
	Aspetos organizacionais e serviços prestados	7	4,50	4,81	4,69	0,121
	Satisfação Global	7	4,60	4,83	4,75	0,09
Unidade de Longa Duração e Manutenção	Equipa de Profissionais	13	3,43	4,93	4,15	0,397
	Aspetos organizacionais e serviços prestados	13	3,63	4,69	4,24	0,362
	Satisfação Global	13	3,53	4,80	4,19	0,355

Tabela 20 – Caracterização estatística dos resultados globais das Dimensões do Questionário de Satisfação, por amostra global e por Unidade de internamento.

2. Análise Inferencial

2.1. Teste do Qui-Quadrado

De forma a testar se as características dos utentes internados estão relacionadas com a tipologia de Unidade, foi realizado o teste do Qui-Quadrado.

No que se refere ao Questionário do EASYcare, presente na tabela 21, foi verificado que 13 variáveis/questões se encontram relacionadas com a tipologia de Unidade onde o utente se encontra internado: “Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas de fala?” ($p=0,008 < 0,05$); “Consegue vestir-se?” ($p=0,005 < 0,05$); “Consegue lavar as mãos e a cara?” ($p=0,000 < 0,05$); “Consegue alimentar-se?” ($p=0,001 < 0,05$); “Consegue tomar os seus medicamentos?” ($p=0,000 < 0,05$); “Tem acidentes com os seus intestinos?” ($p=0,039 < 0,05$); “Consegue utilizar a sanita (ou cadeira sanitária)?” ($p=0,000 < 0,05$); “Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?” ($p=0,000 < 0,05$); “Consegue

deslocar-se dentro de casa?” ($p=0,024 < 0,05$); “Consegue subir e descer escadas?” ($p=0,020 < 0,05$); “Pratica exercício físico (fisioterapia) regularmente?” ($p=0,000 < 0,05$); “Consegue realizar atividades de lazer, passatempos, trabalho e outras atividades de aprendizagem que sejam importantes para si?” ($p=0,037 < 0,05$).

Desta forma, foi concluído que para um nível de significância de 5%, a distribuição dos utentes inquiridos face a estas variáveis enumeradas, é diferente nas três Unidades de internamento da RNCCI, rejeitando-se a inexistência de diferenças entre as Unidades (Hipótese Nula). Para as restantes variáveis, aceita-se a hipótese nula.

No entanto, na aplicação do teste do Qui-Quadrado, derivado da amostra ser reduzida ($n=35$), não se verificaram as condições necessárias para a sua total validade (mais de 20% de frequências esperadas baixas, inferiores ao valor de referência de 5). Deste modo, à falta da aplicação, com rigor, do teste, o valor p é meramente indicativo, contudo, no âmbito do estudo ser de caráter exploratório, aceitamo-lo como válido.

	Questões	Valor p
Dimensão 1 – Visão, audição, comunicação	1.1. Consegue ver (com óculos se usar)?	0,723
	1.2. Consegue ouvir (com prótese auditiva se usar)?	0,744
	1.3. Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?	0,008
	1.4. Consegue utilizar o telefone?	0,001
Dimensão 2 – Auto – cuidado	2.1. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (Pentear-se, barbear-se, maquilhar-se)	0,098
	2.2. Consegue vestir-se?	0,005
	2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?	0,000
	2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?	0,064
	2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?	0,576
	2.6. Consegue preparar as suas refeições?	0,166
	2.7. Consegue alimentar-se?	0,001
	2.8. Consegue tomar os seus medicamentos?	0,000
	2.9. Tem acidentes com a sua bexiga (incontinência urinária)?	0,058
	2.10. Tem acidentes com os seus intestinos (incontinência fecal)?	0,039
	2.11. Consegue utilizar a sanita (ou cadeira sanitária)?	0,000
Dimensão 3 – Mobilidade	3.1. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?	0,000
	3.2. Tem problemas com os seus pés?	0,356
	3.3. Consegue deslocar-se dentro de casa?	0,024
	3.4. Consegue subir e descer escadas?	0,020
	3.5. Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?	0,258

	3.6. Consegue andar no exterior?	0,093
	3.7. Consegue ir às compras?	0,383
	3.8. Tem dificuldade em deslocar-se a serviços públicos (consultório médico, farmácia, dentista,...)?	0,759
Dimensão 4 – Segurança	4.1. Sente-se seguro dentro do seu local de residência atual (Unidade de internamento)?	0,762
	4.2. Sente-se seguro fora da sua residência atual (Unidade de internamento)?	0,692
Dimensão 5 – Finanças	5. Consegue gerir o seu dinheiro e assuntos financeiros?	0,066
Dimensão 6 – Manter-se saudável	6.1. Pratica exercício regulamente (exercício físico, fisioterapia)?	0,000
	6.2. Fuma tabaco?	0,378
	6.3. Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?	-
	6.4. Tem alguma preocupação com o seu peso?	0,079
Dimensão 7 – Saúde mental e Bem-estar	7.1. Consegue realizar atividades de lazer, passatempos, trabalho e outras atividades de aprendizagem que sejam importantes para si?	0,037
	7.2. De uma forma geral, diria que a sua saúde é.	0,269
	7.3. Sente-se sozinho(a)?	0,160
	7.4. Teve dores corporais no mês passado?	0,256
	7.5. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por se sentir em baixo, deprimido(a) ou desesperado(a)?	0,201
	7.6. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?	0,384
	7.7. Tem algumas preocupações em relação a perdas/falhas de memória ou esquecimentos?	0,753

Nível de significância $p < 0,05$

Tabela 21 - Caracterização das relações significativas entre cada questão do instrumento EASYcare e a Unidade de internamento do utente (Teste de independência do Qui-Quadrado)

No que diz respeito ao Questionário de Satisfação, com a aplicação do teste do Qui-Quadrado (tabela 22), foram verificadas 8 variáveis/questões relacionadas com a tipologia de Unidade onde o utente se encontra internado: “Desempenho dos profissionais relativo ao tratamento prático diário (fisioterapia)” ($p=0,000 < 0,05$); “Disponibilidade dos profissionais para ajudar o utente” ($p=0,032 < 0,05$); “Horários diários estabelecidos pela Unidade” ($p=0,029 < 0,05$); “Perímetro do espaço das divisões” ($p=0,034 < 0,05$); “Silêncio nos quartos” ($p=0,048 < 0,05$); “Instalações sanitárias com qualidade e adequadas a possíveis limitações físicas

dos utentes” ($p=0,033 < 0,05$); “Higiene e Limpeza das instalações” ($p=0,007 < 0,05$); “Temperatura da refeição” ($p=0,012 < 0,05$).

Assim, no que respeita à distribuição destas questões/variáveis enumeradas, de satisfação dos utentes, verifica-se a existência de diferenças nas três Unidades ($p<0,05$), rejeitando-se a hipótese nula. Nas questões não discriminadas nesta análise, com um valor $p>0,05$, assume-se a igualdade de distribuição nas Unidades, aceitando-se a hipótese nula.

À semelhança da análise do questionário EASYcare, a aplicação do teste do Qui-Quadrado, em resultado do tamanho da amostra ser reduzida ($n=35$), não se verificaram as condições necessárias para a sua total validade (mais de 20% de frequências esperadas baixas, inferiores ao valor de referencia de 5). Deste modo, à falta da aplicação, com rigor, do teste, o valor p é meramente indicativo, contudo, no âmbito do estudo ser de caráter exploratório, aceitamo-lo como válido.

Questões		Valor p
Dimensão – Satisfação com a equipa de profissionais de saúde	1. Forma como fui recebido(a) e integrado(a) na Unidade pelos profissionais.	0,424
	2.1. Informação disponibilizada e esclarecida devidamente, quanto ao seu problema de saúde.	0,310
	2.2. Informação disponibilizada e esclarecida devidamente, quanto ao tratamento médico e prático que lhe será aplicado na Unidade.	0,306
	2.3. Informação disponibilizada e esclarecida devidamente, quanto às suas dúvidas e esclarecimentos.	0,212
	3.1. Desempenho dos profissionais relativo à medicação	0,151
	3.2. Desempenho dos profissionais relativo à higiene pessoal do utente	0,119
	3.3. Desempenho dos profissionais relativo à alimentação do utente	0,152
	3.4. Desempenho dos profissionais relativo ao tratamento prático diário (fisioterapia)	0,000
	4.1. Simpatia dos profissionais	0,201
	4.2. Respeito dos profissionais pelo utente	0,140
	4.3. Paciência dos profissionais para o utente	0,111
	4.4. Disponibilidade dos profissionais para ajudar o utente	0,032
	5. Tempo de atenção e dedicação ao utente por parte dos profissionais	0,317
	5. Interesse demonstrado pelo utente, pelo seu tratamento e evolução do estado clínico	0,109

Dimensão – Satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados na Unidade	7. Regulamento interno de funcionamento	0,401
	8. Horários estabelecidos pela Unidade (para levantar, deitar, refeições, banhos, e tratamentos)	0,029
	9.1. Localização da Unidade	0,543
	9.2. Perímetro do espaço das divisões (quartos, sanitários, salas comuns, sala de refeições)	0,034
	9.3. Conforto e privacidade nos quartos	0,644
	9.4. Silêncio nos quartos	0,048
	9.5. Espaços para os utentes receberem visitas do exterior	0,555
	10. Instalações sanitárias com qualidade e adequadas a possíveis limitações físicas dos utentes	0,033
	11. Equipamentos técnicos e de apoio presentes na Unidade (elevador, rampas, barras de apoio, chuveiros apropriados, ...)	0,287
	12. Materiais e produtos técnicos (fraldas, produtos de higiene, água, medicação) de fácil acesso e ao dispor dos utentes.	0,271
	13. Higiene e Limpeza das instalações	0,007
	14. Frequência das mudas de roupa (tanto de vestir, como dos lençóis e cobertores da cama) e qualidade no tratamento das mesmas	0,081
	15.1. Qualidade da refeição	0,208
	15.2. Variedade da refeição	0,213
	15.3. Quantidade da refeição	0,108
	15.4. Temperatura da refeição	0,012

Nível de significância $p < 0,05$

Tabela 22 – Caracterização das relações significativas entre cada questão do Questionário de Satisfação e a Unidade de internamento do utente (Teste de independência do Qui-Quadrado)

2.2. Teste de *Kruskal-Wallis*

De forma a verificar se existem diferenças na distribuição da amostra por cada tipologia de Unidade de internamento de Cuidados Continuados Integrados, foi utilizado o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*.

a) (In) dependência

Na tabela 23, observa-se, numa primeira instância, que o valor das médias ordenadas do grau de dependência de cada Unidade são bastante diferentes nas três Unidades, sendo superior na Unidade de Longa Duração e Manutenção, e o teste estatístico do χ^2 assume o valor de 20,162. Verifica-se que o valor $p=0,000 < 0,05$, o que indica a existência de diferenças significativas na distribuição do grau de dependência dos utentes entre as

Unidades de internamento, e por consequente, é **rejeitada a Hipótese Nula** que traduz a igualdade de distribuição do grau de dependência nas Unidades.

	Unidade de Convalescença (n=15)	Unidade de Média Duração e Reabilitação (n=7)	Unidade de Longa Duração e Manutenção (n=13)	x ²	p	Hipótese de investigação
(In) dependência	Média ordenada	Média ordenada	Média ordenada	20,162	0,000	Rejeita-se a H ₀
	10,30	16,57	27,65			

Nível de significância $p < 0,05$

Tabela 23 - Caracterização das diferenças da distribuição do Grau de (in) dependência nas tipologias de Unidade de internamento. (Teste de Kruskal-Wallis)

Para identificar a Unidade ou as Unidades onde as distribuições do grau de (in) dependência são significativas, procedeu-se ao teste de *Dunn*, de comparações múltiplas das médias de ordem. Deste modo, foi verificado que as diferenças significativas na distribuição da amostra, segundo o **valor p assintótico não ajustado**, ocorreram entre a Unidade de Convalescença e a Unidade de Longa Duração e Manutenção ($p=0,000 < 0,05$), e, embora menos expressivamente, entre a Unidade de Média Duração e Reabilitação e a Unidade de Longa Duração e Manutenção ($p=0,021$). Se for utilizado o **valor p ajustado**, verifica-se que as diferenças entre a Unidade de Média Duração e Reabilitação perdem significância ($p_{ajust.}=0,063$).

Contudo, devido à dimensão da amostra e ao conservadorismo do valor p ajustado, concluímos a existência de diferenças significativas na distribuição do grau de dependência entre a Unidade de Convalescença e Unidade de Longa Duração e Manutenção, e, embora em menor escala, entre a Unidade de Média Duração e Manutenção e a Unidade de Longa Duração e Manutenção, como indica o valor p assintótico (Tabela 24).

(In) dependência

Comparação múltipla de médias de ordem	P	p ajust.
Unidade de Convalescença – Unidade de Média Duração e Reabilitação	0,181	0,543
Unidade de Convalescença – Unidade de Longa Duração e Manutenção	0,000	0,000
Unidade de Média Duração e Reabilitação – Unidade de Longa Duração e Manutenção	0,021	0,063

Nível de significância $p < 0,05$

Tabela 24 – Comparação múltipla de médias de ordem do grau de (in) dependência nas tipologias de Unidade de internamento. (Teste de Dunn)

b) Risco de Auto-cuidado e Admissão Hospitalar

Através da aplicação do teste de *Kruskal-Wallis*, observa-se na tabela 25, que as médias do risco de auto-cuidado e, consequente, admissão hospitalar são muito semelhantes em

todas as Unidades, e que o valor do χ^2 corresponde a 1,635. No que diz respeito à distribuição da amostra auferida pelo valor p (**0,441**), verificou-se que o nível de significância é elevado, e superior a 0,05. Desta forma, **aceita-se a Hipótese Nula**, que traduz a igualdade na distribuição do risco de auto-cuidado nas três Unidades, não se verificando relação entre o risco de auto-cuidado e a Unidade onde o utente se encontra internado.

	Unidade de Convalescença (n=15)	Unidade de Média Duração e Reabilitação (n=7)	Unidade de Longa Duração e Manutenção (n=13)	χ^2	P	Hipótese de investigação
Risco de Auto-cuidado	Média ordenada	Média ordenada	Média ordenada	1,635	0,441	Aceita-se a HO
	15,47	19,71	20,00			

Nível de significância $p < 0,05$

Tabela 25 - Caracterização das diferenças da distribuição do risco de Auto-cuidado nas tipologias de Unidade de internamento. (Teste de Kruskal-Wallis)

c) Risco de Quedas

Aplicando o teste de Kruskal-Wallis, observa-se na tabela 26, que as médias de ordem do risco de quedas são idênticas, e que o valor estatístico do teste χ^2 é de 2,366.

Quanto à distribuição do risco de quedas pelas Unidades, o valor de significância observado é de $p=0,306 > 0,05$. Deste modo, aceita-se a Hipótese Nula, assumindo-se a distribuição idêntica do grau de risco de quedas nas três Unidades, não se verificando relação entre as duas variáveis.

	Unidade de Convalescença (n=15)	Unidade de Média Duração e Reabilitação (n=7)	Unidade de Longa Duração e Manutenção (n=13)	χ^2	p	Hipótese de investigação
Risco de Quedas	Média ordenada	Média ordenada	Média ordenada	2,366	0,306	Aceita-se a HO
	15,13	18,79	20,88			

Nível de significância $p < 0,05$

Tabela 26 – Caracterização das diferenças da distribuição do risco de quedas nas tipologias de Unidade de internamento. (Teste de Kruskal-Wallis)

d) Satisfação com os Profissionais de Saúde

Na tabela 27, observa-se que o valor das médias ordenadas da satisfação com a equipa de profissionais de cada Unidade, são diferentes nas três Unidades, sendo superior na

Unidade de Média Duração e Reabilitação, e o teste estatístico do χ^2 assume o valor de 14,573. Verifica-se que o valor obtido de $p=0,001 < 0,05$, o que indica a existência de diferenças significativas na distribuição da satisfação com a equipa de profissionais entre as Unidades de internamento, e é, assim, **rejeitada a Hipótese Nula** que traduz a igualdade de distribuição da satisfação com a equipa de profissionais nas Unidades.

	Unidade de Convalescença (n=15)	Unidade de Média Duração e Reabilitação (n=7)	Unidade de Longa Duração e Manutenção (n=13)	χ^2	P	Hipótese de investigação
Satisfação com a equipa de profissionais	Média ordenada	Média ordenada	Média ordenada	14,573	0,001	Rejeita-se a H0
	17,70	30,07	11,85			

Nível de significância $p < 0,05$

Tabela 27 – Caracterização das diferenças da distribuição da Satisfação com a equipa de profissionais de saúde nas tipologias de Unidade de internamento. (Teste de Kruskal-Wallis)

Foi verificado que a satisfação dos utentes com a equipa de profissionais se encontra relacionada com a Unidade. De forma a conhecer em que Unidade ou Unidades diferem significativamente as distribuições de satisfação, foi realizado o teste de *Dunn*, referente à comparação múltipla das médias de ordem.

Deste modo, foi verificado, na tabela n.º28, que as diferenças significativas na distribuição da amostra, segundo o valor p assintótico não ajustado, ocorreram entre a Unidade de Longa Duração e Manutenção e a Unidade de Média Duração e Reabilitação ($p=0,000 < 0,05$), e, embora menos significativamente, entre a Unidade de Convalescença e Unidade de Média Duração e Reabilitação ($p=0,008 < 0,05$). Se for utilizado o valor p ajustado, verifica-se que as diferenças significativas na distribuição ocorrem nas mesmas Unidades.

Satisfação com a Equipa de Profissionais

Comparação múltipla de médias de ordem	P	$p_{ajust.}$
Unidade de Longa Duração e Manutenção - Unidade de Convalescença	0,130	0,389
Unidade de Longa Duração e Manutenção - Unidade de Média Duração e Reabilitação	0,000	0,000
Unidade de Convalescença - Unidade de Média Duração e Reabilitação	0,008	0,024

Nível de significância $p < 0,05$

Tabela 28 – Comparação múltipla de médias de ordem da Satisfação com a equipa de profissionais de saúde nas tipologias de Unidade de internamento. (Teste de Dunn)

e) Satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados

Na tabela 29, numa primeira análise, observa-se que o valor das médias ordenadas da satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados são diferentes nas três Unidades, assumindo um valor superior na Unidade de Média Duração e Reabilitação, e que o teste estatístico do χ^2 assume o valor de 13,206. Verifica-se que o valor obtido de $p=0,001 < 0,05$, o que revela a existência de diferenças significativas na distribuição da satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados entre as Unidades de internamento. Desta forma é **rejeitada a Hipótese Nula** que traduz a igualdade de distribuição da satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados nas Unidades.

	Unidade de Convalescença (n=15)	Unidade de Média Duração e Reabilitação (n=7)	Unidade de Longa Duração e Manutenção (n=13)	χ^2	P	Hipótese de investigação
Satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados	Média ordenada	Média ordenada	Média ordenada			
	15,17	30,50	14,54	13,206	0,001	Rejeita-se a H_0

Nível de significância $p < 0,05$

Tabela 29 – Caracterização das diferenças da distribuição da Satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados nas tipologias de Unidade de internamento. (Teste de Kruskal-Wallis)

Uma vez rejeitada a hipótese nula, foi realizado o teste de *Dunn* - comparação múltipla das médias de ordem, para identificar em que Unidade ou em que Unidades se verificaram diferenças significativas na distribuição da satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados.

Assim, na tabela n.º30, observamos que as diferenças significativas na distribuição da amostra ocorreram entre a Unidade de Convalescença e a Unidade de Média Duração e Reabilitação ($p=0,001 < 0,05$ e $p_{ajust.} = 0,002 < 0,05$), e entre a Unidade de Longa Duração e Manutenção e a Unidade de Média Duração e Reabilitação ($p=0,001 < 0,05$ e $p_{ajust.} = 0,003 < 0,05$).

Satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados

Comparação múltipla de médias de ordem	P	$p_{ajust.}$
Unidade de Convalescença - Unidade de Longa Duração e Manutenção	0,871	1,000
Unidade de Longa Duração e Manutenção - Unidade de Média Duração e Reabilitação	0,001	0,002
Unidade de Convalescença - Unidade de Média Duração e Reabilitação	0,001	0,003

Nível de significância $p < 0,05$

Tabela 30 – Comparação múltipla de médias de ordem da Satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados nas tipologias de Unidade de internamento (Teste de Dunn).

f) Satisfação Global

O valor das médias ordenadas da satisfação global nas Unidades, composta pela junção das duas dimensões de satisfação anteriormente analisadas, foi apresentado na tabela 31.

Verificamos, assim, que a média ordenada assume um valor superior na Unidade de Média Duração e Reabilitação (31,00) face às outras Unidades (UC=16,40, ULDM=12,85), e o valor do χ^2 corresponde a 14,948. Quanto à distribuição da amostra pelas Unidades, verifica-se que $p=0,001 < 0,05$, o que demonstra que a Unidade onde o utente se encontra internado, tem um efeito estatisticamente significativo sobre a satisfação global, e desta forma, é **rejeitada a Hipótese Nula** que defende a inexistência de relação entre as variáveis.

	Unidade de Convalescença (n=15)	Unidade de Média Duração e Reabilitação (n=7)	Unidade de Longa Duração e Manutenção (n=13)	χ^2	P	Hipótese de investigação
Satisfação Global	Média ordenada	Média ordenada	Média ordenada	14,948	0,001	Rejeita-se a H0
	16,40	31,00	12,85			

Nível de significância $p < 0,05$

Tabela 31 – Caracterização das diferenças da distribuição da Satisfação global nas tipologias de Unidade de internamento. (Teste de Kruskal-Wallis)

Uma vez rejeitada a hipótese nula, foi realizado o método de comparação múltipla das médias de ordem, para identificar em que Unidade ou em que Unidades se verificaram diferenças significativas na distribuição da satisfação global. Foi assim, verificado na tabela n.º32, que as diferenças significativas ocorreram entre a Unidade de Longa Duração e Manutenção e a Unidade de Média Duração e Reabilitação com um valor p assintótico e um valor p ajustado de $0,000 < 0,05$, e entre a Unidade de Convalescença e a Unidade de Média Duração e Reabilitação ($p=0,002 < 0,05$ e $p_{ajust.}=0,006 < 0,05$).

Satisfação Global

Comparação múltipla de médias de ordem	p	$p_{ajust.}$
Unidade de Longa Duração e Manutenção - Unidade de Convalescença	0,360	1,000
Unidade de Longa Duração e Manutenção - Unidade de Média Duração e Reabilitação	0,000	0,000
Unidade de Convalescença - Unidade de Média Duração e Reabilitação	0,002	0,006

Nível de significância $p < 0,05$

Tabela 32 – Comparação múltipla de médias de ordem da Satisfação global nas tipologias de Unidade de internamento. (Teste de Dunn)

2.3. Análise de Medida de Associação – Correlação de *Sperman*

Para determinar a existência de relações entre as seguintes variáveis em estudo - Unidade de internamento, faixa etária, grau de dependência, satisfação com a equipa de profissionais, e satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados da Unidade, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Sperman*, quantificando a intensidade e a direção das associações entre variáveis.

Na tabela 33, observa-se que a correlação entre a Unidade de internamento e o grau de dependência dos utentes é significativa a 1%. Verifica-se, também, que a satisfação com a equipa de profissionais e a satisfação com os aspetos organizacionais estão correlacionadas significativamente a 1%, e de forma positiva, o que implica que a um maior nível de satisfação com a equipa de profissionais está associado um maior nível de satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados.

Não foram verificadas correlações significativas entre a Unidade de internamento, as duas dimensões de satisfação, e a faixa etária dos utentes.

	Unidade de internamento	Faixa Etária	Grau de Dependência	Satisfação com equipa de profissionais	Satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados
Unidade de internamento	-	0,092	- 0,762**	0,228	- 0,005
Faixa etária	0,092	-	0,052	- 0,128	- 0,098
Grau de Dependência	- 0,762**	0,052	-	- 0,324	- 0,158
Satisfação com equipa de profissionais	0,228	- 0,128	- 0,324	-	0,743**
Satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados	- 0,005	- 0,098	- 0,158	0,743**	-

**Nível de significância 0,01 (2 extremidades)

Tabela 33 - Análise de correlação de *Sperman* entre as variáveis: Unidade de internamento, faixa etária dos utentes, grau de dependência dos utentes, satisfação com a equipa de profissionais e satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados.

V. Discussão de Resultados

Discussão de Resultados

Terminada a apresentação dos resultados obtidos, procede-se à discussão dos mesmos, com o intuito de dar resposta aos objetivos propostos no presente estudo – caracterização dos utentes internados nas diferentes tipologias de Unidades integrantes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; avaliação da sua auto-perceção referente aos diferentes domínios da Qualidade de Vida, ao seu grau de dependência, risco de falha de auto-cuidado, e risco de quedas; e avaliação da sua satisfação com os aspetos organizacionais e com as equipas de profissionais, de acordo com a literatura revista.

A amostra do estudo foi composta por 35 utentes – 15 em situação de internamento numa Unidade de Convalescença, 7 em situação de internamento numa Unidade de Média Duração e Reabilitação, e 13 em situação de internamento numa Unidade de Longa Duração e Manutenção. Identifica-se uma média de idades de 77,1 anos, uma idade avançada que, segundo a literatura, implica um aumento significativo da co morbilidade, e consequente necessidade de internamento (Cabete, 2005). Na amostra, é também verificado um predomínio de utentes idosos do sexo feminino (n=19), o que é concordante na literatura, o fato de existir uma *“predominância de mulheres idosas face aos homens idosos”*, derivado do facto, de as mulheres possuírem uma esperança de vida significativamente superior à dos homens (Imaginário, 2004:112), também comprovado pelo presente estudo, onde se verificou uma média de idades das mulheres (78,5 anos) superior à dos homens (75,5 anos).

Quanto ao diagnóstico clínico evidenciado pelos utentes inquiridos, traduzindo o motivo pelo qual se encontravam em situação de internamento, foram verificados dois principais e recorrentes: acidentes vasculares cerebrais (AVC) e Fratura do colo do fémur. É consensual na literatura que estes dois problemas de saúde são frequentes na população idosa, e que influenciam significativamente a sua capacidade funcional e independência na realização de atividades de vida diárias. (Cabete, 2005; Squire, 2005). Nas tipologias de Unidade de internamento da RNCCI, observou-se que, 84,6% dos utentes internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) sofreu um ou mais acidentes vasculares cerebrais (AVC); na Unidade de Média Duração e Reabilitação, 42,9% dos utentes sofreu uma fratura no colo do fémur; e na Unidade de Convalescença, 20% dos utentes sofreram acidentes vasculares cerebrais ou fraturas no colo do fémur.

Quando inquiridos acerca do seu rendimento mensal, 45,7% dos utentes referiu não chegar para as suas necessidades, fato que se verificou predominante nos utentes internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção, o que se pode relacionar com período de tempo superior de internamento nestas Unidades (superior a 90 dias), o que

implica um maior gasto financeiro por parte dos utentes. Na figura 5 é apresentado um perfil de caracterização dos utentes distribuídos pelas três tipologias de Unidades de internamento – Unidade de Convalescença, Unidade de Média Duração e Reabilitação, Unidade de Longa Duração e Manutenção.

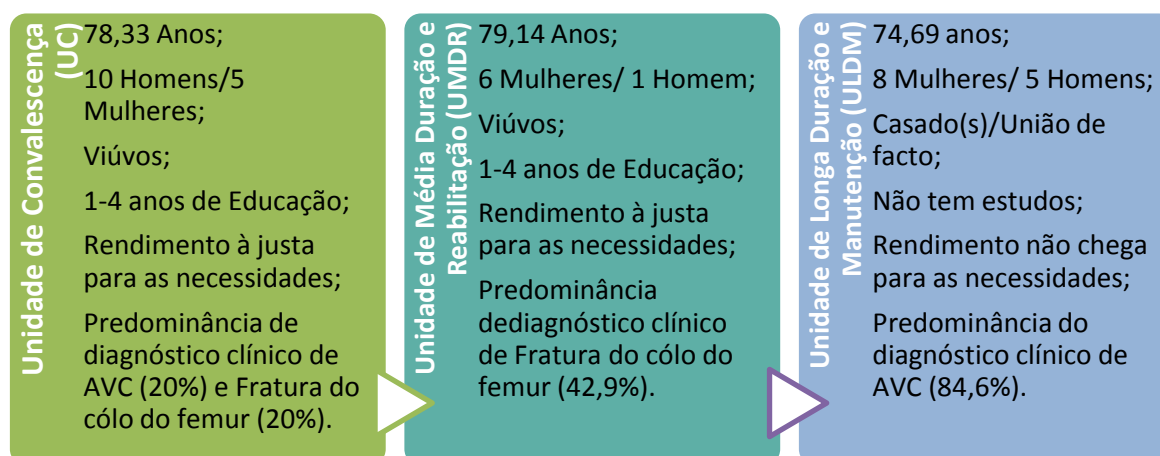


Figura 5 – Perfil de Caracterização dos utentes internados nas Unidades de internamento.

EASYcare – Perceção de Qualidade de Vida

A perceção de Qualidade de Vida, compreendida pelos utentes, envolveu sete dimensões distintas avaliadas no presente estudo, que refletiram a suas capacidades sensoriais, funcionais, de mobilidade, e de gestão de assuntos financeiros, assim como o seu bem-estar físico e mental, estilo de vida saudável, e perceção de segurança.

Na dimensão - Visão, Audição, Comunicação, estão evidenciadas as transformações sensoriais que ocorrem no decorrer do envelhecimento. Relativamente à visão, observa-se que 54,3% dos utentes apresenta dificuldades em ver. É consensual que vários aspetos da visão deterioram-se com a idade, como a capacidade de visão ao perto, como focar objetos e letras mais reduzidas, a capacidade de ver à distância, de forma nítida, assim como uma maior dificuldade na adaptação a luminosidade reduzida (Squire, 2005). No que concerne à audição, verifica-se que 48,6% dos utentes apresenta dificuldades em ouvir, e 2,9% declara não ouvir nada. De facto, com o envelhecimento, existe uma redução da capacidade auditiva, derivado da *“perda de células auditivas e na redução da flexibilidade das membranas do ouvido”* (Squire, 2005:21), assim como da acumulação de secreção de

cerúmen (ou cera) em excesso (Hall *et al*, 1997), ou simplesmente, resultante de uma exposição prolongada a barulhos intensos. Na componente de Comunicação, observa-se que 28,6% dos utentes, derivado de problemas com a sua fala, apresenta dificuldade de se fazer entender com algumas pessoas, e 20% apresenta uma dificuldade considerável com todas as pessoas. Com o envelhecimento, emergem alterações nas cordas vocais e na laringe, o que desencadeia “*variações no timbre de voz e enfraquecimento da mesma*” (Hall *et al*, 1997:54), originando dificuldade considerada no idoso se fazer ouvir. Verifica-se, igualmente, que o envelhecimento pode gerar uma “*lentificação do discurso, havendo repetições de conteúdo e fuga ao conteúdo temático*”, e demorando mais tempo a exprimir-se (Cabete, 2005:9). Existe uma diferença significativa, dos utentes inquiridos, que apresentam dificuldades de conversação e de se fazerem entender, bem como na utilização do telefone, na tipologia de Unidade de internamento de Longa Duração e Manutenção (ULDM), tal fato ocorre, derivado da maior incidência de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) nos utentes internados nesta Unidade, e segundo a literatura, as doenças neurológicas poderão trazer problemas de afasia (Hall *et al*, 1997). Problemas ao nível do funcionamento sensorial, respetivo às três dimensões aqui referidas, poderão ter várias repercussões ao nível da Qualidade de Vida dos idosos, como uma maior vulnerabilidade e incapacidade funcional, maior dificuldade na realização de atividades diárias (Botelho,2000), assim como, constituir um obstáculo nas relações pessoais e sociais (Santos *et al*, 2013). Na figura 6 apresentamos os fatores sensoriais mais críticos dos utentes distribuídos pelas Unidades estudadas.

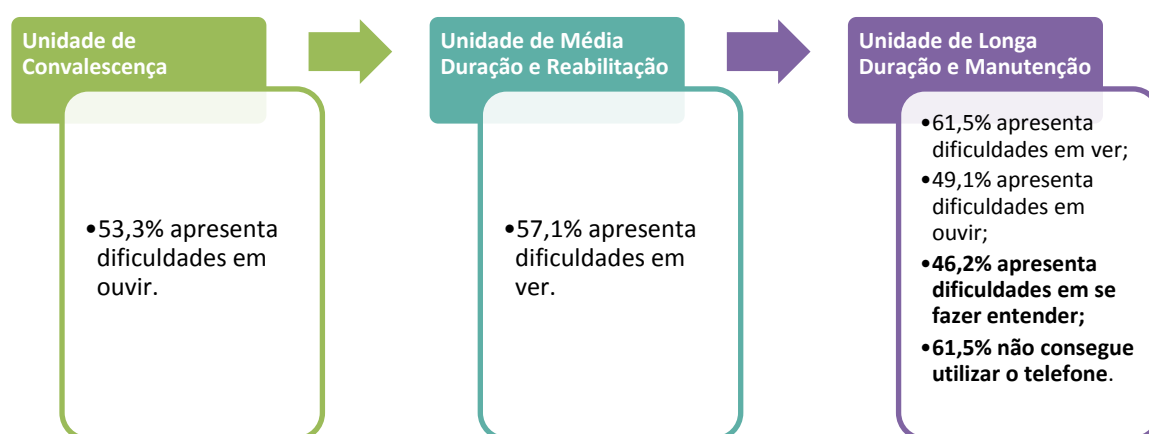


Figura 6 – Distribuição percentual dos fatores sensoriais mais críticos dos utentes nas respetivas Unidades.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados visa “(...) *promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.*” (Decreto-Lei n.º101/2006). Deste modo, as Unidades de internamento providenciam aos utentes uma promoção do seu auto-cuidado, explorando ao máximo todas as atividades e tarefas que o mesmo poderá fazer por si, no contexto de internamento, para poder alcançar uma melhor qualidade de vida (Da Silva *et al*, 2010). Contudo, a dimensão Auto-Cuidado pressupõe uma das dimensões mais críticas no que concerne à dependência dos utentes inquiridos, o que se encontra de acordo com a literatura que sustenta que um aspeto distintivo de um utente idoso para um outro utente é sua “*limitação na capacidade de cuidar de si próprio*” (Hall *et al*, 1997:55). Verificou-se um alto nível de dependência no que diz respeito à capacidade de os utentes fazerem as suas tarefas domésticas (91,4%), e à capacidade de os utentes prepararem as suas refeições (80%), contudo, são tarefas complicadas de avaliar no contexto de internamento, uma vez que não são executadas (Cabete, 2005). Observou-se igualmente, um maior nível de dependência dos utentes, necessitando de ajuda, para utilizar a sanita ou cadeira sanitária (42,9% necessita de alguma ajuda e 20% não consegue na totalidade), para utilizar a banheira ou o duche (82,9%) e de se vestirem (53,3% necessita de alguma ajuda e 31,4% necessita de ajuda total), certo é que, a higiene corporal e a capacidade de se vestir, são tarefas que comportam “*muita coordenação, destreza, equilíbrio, assim como uma boa amplitude dos movimentos, e força muscular*” (Berger e Mailloux-Poirier, 1995:367), o que corrobora os resultados obtidos.

O auto-cuidado “*é inerente à condição de vida autónoma de cada pessoa*” (Fernandes da Silva, 2006:95), neste sentido, e a partir das práticas providas nas Unidades da RNCCI, para uma maior promoção de autonomia, os resultados de independência são mais positivos no que concerne ao desenvolvimento das seguintes tarefas – capacidade do utente cuidar da sua aparência pessoal (54,3% não necessita de ajuda); capacidade de lavar as mãos e a cara (57,1% não necessita de ajuda); alimentar-se de forma independente (57,1% não requer ajuda); e a capacidade de toma dos seus medicamentos (45,7% refere não necessitar de ajuda). A incontinência urinária e/ou fecal, traduz-se como uma perda involuntária do controlo urinário e fecal, é influenciada por fatores bio fisiológicos, psicológicos, sociológicos e culturais, e frequentemente associada ao envelhecimento (Berger e Mailloux-Poirier, 1995), não havendo, necessariamente, causalidade entre o envelhecimento e a incontinência (Squire, 2005), apenas uma maior probabilidade da sua ocorrência. Neste ponto, no presente estudo, foram obtidos resultados positivos, no sentido de que a maior parte dos utentes referiu não ter incontinência urinária (62,9%), nem incontinência fecal (68,6%), contudo, grande parte dos utentes referiu deter problemas de

obstipação derivado do regime medicamentoso. Observamos que, em todas as componentes, possíveis de avaliação no contexto de internamento, da dimensão “Auto-cuidado”, os utentes que mostram maior dependência, são os que se encontram em período de internamento na Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM), apresentando diferenças significativas das outras Unidades, no que concerne à capacidade de se vestir, de lavar as mãos e a cara, de se alimentar, de tomar os seus medicamentos, de utilizar a sanita (ou cadeira sanitária), e à ocorrência de acidentes com os seus intestinos (incontinência fecal).

A Mobilidade surge, também, como uma dimensão crítica no que concerne à dependência dos utentes, pois uma maior inatividade, resultante da perda de mobilidade, consequente de problemas de saúde, leva à *“diminuição da atividade muscular, (...) à perda de tecido muscular, que se traduz numa coordenação sensório-motora menos eficiente”* (Sequeira, 2010:23). É verificado na análise dos resultados, que os utentes apresentam uma maior dificuldade na capacidade de fazer compras (85,7%), no entanto, esta pressupõe uma tarefa complicadas de avaliar no contexto de internamento, uma vez que não é executada (Cabete, 2005). Apresentam também maiores dificuldades em andar no exterior (45,7% não consegue e 34,3% necessita de alguma ajuda); em deslocar-se a serviços públicos, como ao consultório médico e à farmácia (48,6% não consegue e/ ou necessita de ajuda); e em subir e descer escadas, onde 62,9% dos utentes afirma não conseguir. Este fato deriva de problemas com os pés que os utentes afirmam ter (71,4%), como dores, deformidades e micoses; e de os utentes, maioritariamente, se deslocarem numa cadeira de rodas (57,1%), ou se encontrarem acamados (11,4%). A capacidade de os utentes se deslocarem da cama para a cadeira, estando as mesmas lado a lado, obteve uma maioria positiva, onde a maioria dos utentes afirma não necessitar de ajuda. Na figura 7 apresentam-se as maiores e menores dificuldades que os utentes apresentam na dimensão – Mobilidade.

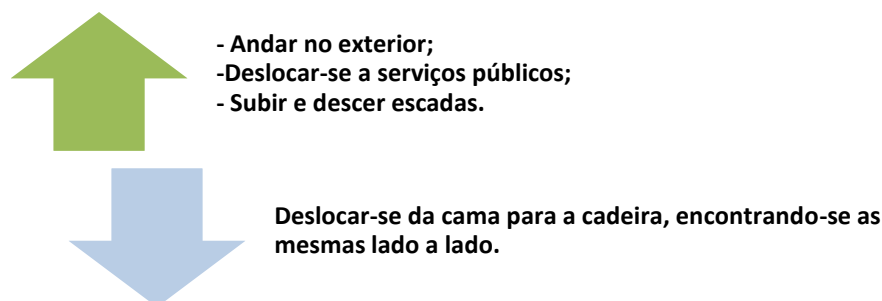


Figura 7 – Maiores (a verde) e menores (a azul) dificuldades que os utentes apresentam na dimensão – Mobilidade.

Contudo, ressaltam-se aqui diferenças estatisticamente significativas nos utentes internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM), onde contrariamente aos utentes internados nas outras Unidades, 76,9% necessita de ajuda, revelando uma maior dependência.

Estes resultados de dependência na Mobilidade, surgem a partir de patologias associadas a alterações neurológicas e/ou músculo-esqueléticas, que estes indivíduos possuem, e que por sua vez, afetam a sua motivação e tolerância à atividade, de origem psicológica, que se traduz numa negação do indivíduo, na impossibilidade de controlar e coordenar os seus movimentos, em ter de fazer um esforço muito superior para obter os resultados que outrora conseguia, sem esforço (Berger e Mailloux-Poirier, 1995). A forte dependência verificada nos utentes inquiridos surge também do fator de quedas, responsável por uma morbilidade e mortalidade significativa na população idosa. Verifica-se que a maioria dos utentes inquiridos sofreu uma ou mais quedas, nos últimos 12 meses, reportando-as todas, como ocorridas em internamento hospitalar, fato corroborado na literatura, onde se afirma que um internamento hospitalar ou institucional, em resultado da mudança de ambiente e dificuldade de adaptação, incorre num maior risco de quedas e de acidentes (Berger e Mailloux-Poirier, 1995; Cabete, 2005). O risco de quedas pode provir da existência de uma doença aguda (responsável por 10% de quedas de idosos), da utilização de medicamentos psicotrópicos, da incapacidade funcional do indivíduo, da deterioração da visão, e aumentar aquando a ingestão excessiva de álcool (Nnodim JO e Alexander NB, 2006).

Para a dimensão respetiva à segurança dos utentes, foi observado que 94,3% possui um sentimento de segurança dentro da Unidade de internamento, o inverso ocorre ao nível da segurança sentida pelos utentes fora da Unidade, onde 57,1% assume não se sentir seguro. Os utentes justificaram estes resultados, referindo que na Unidade, auferem de instalações diferenciadas, com equipamentos e cuidados adequados às suas vulnerabilidades, que fora da Unidade não detêm.

No que diz respeito à capacidade dos utentes em gerir os seus assuntos financeiros e o seu dinheiro, verificou-se uma larga maioria que refere não conseguir (68,6%), estando uma pessoa da sua confiança a cargo da tarefa. Esta incapacidade é maioritariamente incidente nos utentes internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção, apesar de em todas as tipologias de Unidades se verificar esta predominância.

A dimensão relativa ao estilo de vida adotado pelo utente, com vista à promoção da sua saúde foi, na generalidade, positiva. Verificou-se que 62,9% dos utentes pratica, regularmente, exercício físico – considerados exercícios de fisioterapia adotados nas Unidades, uma vez que os utentes se encontram internados. O que se pode relacionar com

as práticas promovidas pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que visam promover a autonomia, melhorando a funcionalidade dos utentes, através da sua reabilitação (Lei n.º101/2006 de 6 de Junho), nomeadamente a partir de exercícios de fisioterapia, quando adequados e previstos no plano de intervenção para cada utente, individualmente. Verificou-se, nesta componente, uma diferença bastante significativa ao nível das tipologias de Unidades – ao contrário do sucedido nas outras Unidades, todos os utentes internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção referiram que não praticam, de forma regular, exercício físico na Unidade. Conhecendo que a prática de atividade física contribui para a *“preservação de estruturas orgânicas e do bem-estar aos quais se associa uma menor degeneração neurofisiológica”* (Sequeira, 2010:23), podemos apenas afirmar que derivado do maior estado de dependência destes utentes e das suas patologias mais reservadas, não deverá ser aconselhado um esforço físico tão regular e intenso, sendo por isso, inferior ao praticado nas outras Unidades. No que diz respeito a hábitos tabágicos e de consumo excessivo de álcool, foram verificados resultados muito positivos, pelo que nenhum dos utentes inquiridos consome, de forma abusiva, bebidas alcoólicas, e apenas 8,6% admite fumar tabaco, estando os mesmos sensibilizados para as variações na saúde e nas suas capacidades, que esses hábitos implicam na sua idade.

No que concerne à última dimensão – Saúde mental e bem-estar, a maioria dos utentes refere conseguir realizar atividades de lazer, passatempos, e atividades de aprendizagem que lhes são importantes (57,1%), o que revela um bom indicador no sentido de que, *“a realização de ações e atividades que satisfazem os gostos e aspirações do individuo é uma fator de motivação que lhe permite realizar-se e ultrapassar-se”* (Berger e Mailloux-Poirier, 1995:544). Verifica-se nesta componente uma diferença significativa entre os utentes internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção e os utentes internados nas Unidades de Convalescença e de Média Duração e Reabilitação, onde os primeiros apresentam menores níveis nesta capacidade, tal ocorrência deve-se ao facto de grande parte destes utentes se encontrar acamado e/ ou com pouca mobilidade, como também derivado do menor grau de educação evidenciado nestes utentes (46,2% não tem estudo algum), o que impede, por exemplo, a atividade de ler, uma das atividades, maioritariamente, referidas pelos utentes inquiridos. É evidenciada uma grande maioria de utentes que reporta a sua saúde como “fraca” (62,9%), ou como razoável (34,3%). Embora se verifique esta evidência em todas as Unidades, são mais os utentes internados na Unidade de Convalescença (considerados como os menos dependentes no presente estudo), que reportam a sua saúde como “fraca”, contudo, devem-se levar alguns aspetos em conta, nesta avaliação, como os fatores psicológicos inerentes aos indivíduos, bem como a sua idade, que, por vezes, desvirtua as suas perceções (Botelho, 2000). A solidão tem sido

frequentemente associada às pessoas idosas, onde é recorrente que a pessoa se sinta só, mesmo vivendo com outras pessoas (Squire, 2005), neste contexto, o internamento poderá incorrer num maior sentimento de solidão por parte do utente, derivado da sua incapacidade e receio de abandono (Cabete, 2005), ou inversamente, poderá reduzi-lo. Verifica-se, no presente estudo, que a maioria dos utentes nunca se sente sozinho (28,6%), ou sente-se sozinho algumas vezes (25,7%), tal fato deve-se à ocorrência de visitas de familiares e amigos, de forma frequente, assim como às relações sociais estabelecidas na Unidade com outros utentes e profissionais de saúde. O aparecimento das dores corporais, como dores lombares, articulares e musculares, são muitas vezes associadas ao envelhecimento, representando-se como uma sensação penosa para os idosos, impedindo-os de ter uma vida com qualidade (Berger e Mailloux-Poirier, 1995), facto comprovado pelo estudo, onde a maioria dos utentes (42,9%) afirmou ter dores corporais, no último mês. Quando inquiridos sobre se, no último mês, haviam tido sentimentos de tristeza e depressivos, e/ ou pouco interesse ou prazer em fazer coisas ou atividades, a maioria dos utentes afirmou que sim. É consistente na literatura que a depressão afeta, frequentemente, as pessoas idosas, resultante de fatores de origem diversa, como a existência de doenças crónicas e patologias específicas, pela detioração das capacidades sensoriais, pela perda de papéis na sociedade, pela diminuição dos seus rendimentos, pela utilização frequente de medicamentos, pelos fatores psicológicos, como alteração de personalidade e falhas de memória, e pelas perdas de familiares e amigos, características nesta fase de vida, assim como pela ausência de uma rede de suporte social adequada (Berger e Mailloux-Poirier, 1995:388). Nos utentes internados estes sintomas poderão ser mais acentuados, derivado do afastamento dos seus entes queridos, e da mudança do local de residência, onde está propenso a regras e mudanças de rotina. Para finalizar, verificamos que a maioria dos utentes apresenta preocupações relativas a perdas e falhas de memória (53,3%), facto inerente ao processo de envelhecimento, onde, com o avançar da idade, podem ocorrer alterações subtis da memória, sendo maior o seu *“declínio na memória imediata, ou seja, na fixação de informação recente, em grande parte devido às alterações no sistema sensório-motor.”* (Sequeira, 2010:27).

Na figura 8 apresentamos o perfil predominante dos utentes inquiridos, relativamente aos elementos que refletem a dimensão respetiva à sua Saúde Mental e Bem-Estar.

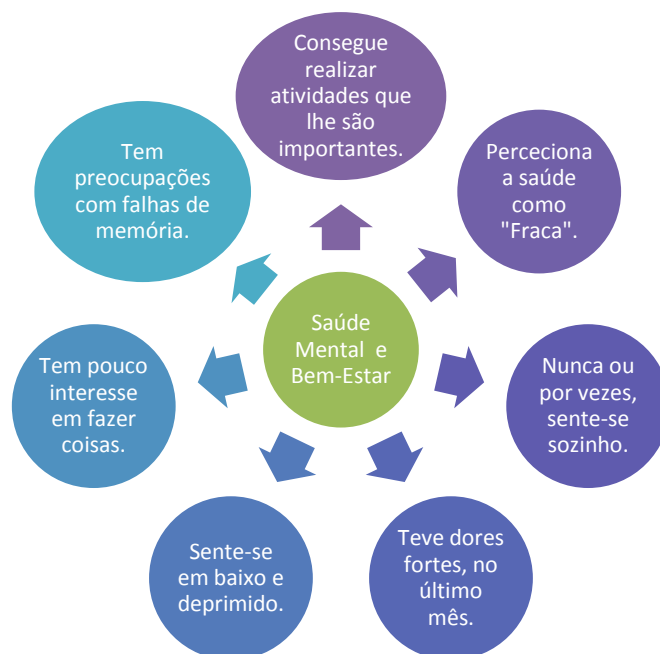


Figura 8 - Perfil predominante dos utentes inquiridos, relativamente aos elementos que refletem a dimensão respetiva à sua Saúde Mental e Bem-Estar.

Posto isto, procedemos a uma avaliação dos utentes inquiridos, relativamente ao seu grau de (in) dependência, ao seu grau de risco de falha no auto-cuidado, assim como ao seu grau de risco de quedas. Esta avaliação foi feita com base nos *scores* de pontuação inerentes ao instrumento EASYcare. A avaliação do grau de (in) dependência compreendeu questões das dimensões – “visão, audição, comunicação”, “auto-cuidado”, “mobilidade”, e “finanças”. Observou-se que a média dos utentes inquiridos apresenta uma dependência moderada (52,5 em 100), contudo os utentes internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) apresentaram uma média de dependência bastante superior ao da média (73,9 em 100), sendo que o utente internado nesta Unidade, considerado menos dependente, apresentou um grau de 55, já superior ao da média dos inquiridos. Ao invés de que a média dos utentes internados na Unidade de Convalescença (UC) compreendem um grau de dependência ligeiro-moderado (34,8 em 100).

A avaliação do risco de falha no auto-cuidado, preditivo de aumento de risco hospitalar, compreendeu questões imbuídas nas dimensões – “auto-cuidado”, “mobilidade”, “estilo de vida saudável”, e “saúde mental e bem-estar”, e foi constituída através de *scores* fornecidos pelo instrumento EASYcare. Os utentes, na sua generalidade, apresentaram risco, apresentando uma média de 6,8 (em 12), o que seria expetável considerando a sua

condição de internamento numa Unidade da RNCCI, o seu risco de admissão hospitalar já terá sido considerado, visto que no âmbito dos critérios de acesso à RNCCI, estão incluídos os indivíduos que apresentem dependência funcional transitória ou prolongada, que os impede de se auto cuidar (Artigo n.º 31 da Lei n.º101/2006 de 6 de Junho). O maior risco incide nos utentes internados nas Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), ao invés de que o menor risco incorre nos utentes da Unidade de Convalescença (UC). Por último, a avaliação do risco de quedas envolveu questões das seguintes dimensões – “visão, audição, comunicação”, “mobilidade”, “segurança”, e “estilo de vida saudável”, onde se confirmou o risco de quedas existente na generalidade dos utentes inquiridos, sendo maior nos utentes internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM), e menor nos utentes internados na Unidade de Convalescença (UC), facto que pode ser atribuído ao período de permanência de internamento ser bastante superior na Unidade de Longa Duração e Manutenção (superior a 90 dias), o que pode incorrer num maior risco de quedas.

Na figura 9, encontra-se ilustrado, a evolução do grau de (in) dependência, de risco de falha no auto-cuidado, e de risco de quedas, do menor (verificado na UC), para o maior (verificado na ULDM).



Figura 9 - Evolução do grau de (in) dependência, de risco de falha no auto-cuidado, e de risco de quedas, do menor (verificado na UC), para o maior (verificado na ULDM).

Perceção de Satisfação dos utentes com as Unidades de internamento da RNCCI

A satisfação dos utentes caracteriza-se pela perceção e reação humana a aspetos imbuídos no seu processo de cuidados recebidos, resultante da *“comparação entre as expetativas, o desempenho (dos profissionais de saúde) e o resultado (outcome) percebido”* (Santos e Antunes, 2007:22). Trata-se de um conceito multidimensional, composto por diversas dimensões, pelas quais os utentes poderão atribuir diferentes graus de satisfação, podendo estar satisfeito com determinadas dimensões e insatisfeitos com outras, resultando, posteriormente, num grau de satisfação global. Diferentes características individuais dos

utentes, como a idade, as suas expetativas, valores, e crenças poderão influenciar a sua percepção (Oliveira e Guirardello, 2005).

No presente estudo, foi utilizado uma escala de *Likert* para avaliar os diferentes elementos das dimensões de satisfação, variando entre o valor 1 (muito insatisfeito) e o valor 5 (muito satisfeito).

De um modo geral, os utentes inquiridos encontram-se satisfeitos ou muito satisfeitos, maioritariamente ao nível da equipa de profissionais de saúde do que com os aspetos organizacionais e serviços prestados, contudo essa diferença verifica-se pouco significativa, pelo que a média de satisfação dos utentes com a equipa de profissionais corresponde a 4,39, apresentando-os como “satisfeitos”, e a média de satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados é representada pelo valor 4,35, correspondendo também ao nível satisfatório. Os utentes mais satisfeitos, ao nível dos dois domínios de satisfação, são os que se encontram em período de internamento na Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), apresentando um grau de satisfação global de 4,75, o que se reflete na categoria de utentes “muito satisfeitos”. Na Unidade de Convalescença (UC), os utentes referem estar mais satisfeitos com a equipa de profissionais de saúde (4,42), e compreendem um grau de satisfação global de 4,34, ao invés de que na Unidade de Longa Duração e Manutenção, os utentes encontram-se mais satisfeitos com os aspetos organizacionais e serviços prestados (4,24), e contemplam um grau de satisfação global de 4,19, constituindo um grau de satisfação inferior. Tal facto poderá advir da diferença do grau de dependência verificada nos utentes das três tipologias de Unidades, em que os que se encontram internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) apresentam um grau bastante superior, advento de doenças crónicas, prologadas ou de gravidade superior, o que pode influenciar o seu grau de percepção de satisfação com a Unidade de internamento, pois a sua percepção estabelece-se “conforme o ajuda, ou não, a libertar-se da sua doença” (Cabete, 2005:25), o que nestes casos poderá não ser possível, face ao grau de conservadorismo e gravidade do grau de dependência. O nível de satisfação positivo evidenciados nos utentes, poderá ser explicado também pelo fator idade, sendo unânime na literatura que os utentes com maior idade se apresentam como os utentes mais satisfeitos (Hespanhol, 2005:198), pois “as suas expetativas não são elevadas e respondem com muita gratidão à paciência, preocupação e eficiência” dos profissionais de saúde, e aos cuidados de saúde recebidos (Hall *et al*, 1997:52), e de facto, os utentes com níveis de satisfação superiores – internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), são os utentes que apresentam uma média de idades superior, seguindo-se dos utentes da Unidade de Convalescença (UC), e dos utentes internados na Unidade de Longa Duração e

Manutenção (ULDM). Na figura 10, podemos analisar o grau de satisfação que os utentes das diferentes tipologias de Unidades atribuem às duas dimensões de satisfação.

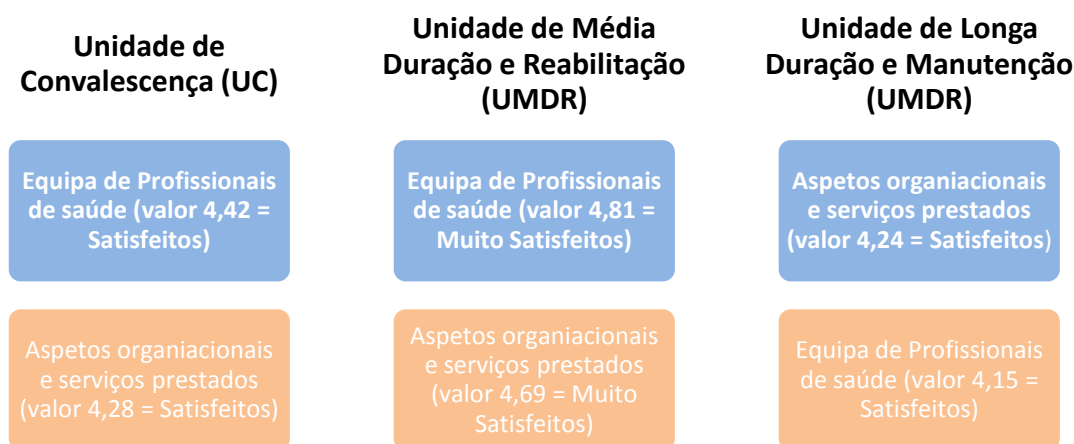


Figura 10 – Grau de Satisfação atribuído pelos utentes, às dimensões – Satisfação com a equipa de profissionais de saúde e Satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados.

Procede-se a uma análise particularizada das diversas componentes integradas nas dimensões de satisfação estudadas. Na dimensão referente à satisfação com a equipa de profissionais de saúde verificou-se uma elevada satisfação quanto às competências humanas e relacionais dos mesmos – simpatia, respeito pelo utente, paciência para o utente, e disponibilidade para o ajudar, onde a maioria dos utentes referiu estar muito satisfeita. De facto, uma pessoa doente, tende a valorizar os aspetos interpessoais entre si e os profissionais de saúde, que possam surgir, valorizando demonstrações de carinho, atenção recebida, empatia, assim como o respeito, considerado como a base fundamental da relação entre as pessoas, deste modo, o utente idoso requer que o detenham para com ele, pela sua condição de pessoa única e digna, independentemente da sua condição atual (Imaginário, 2006:183). A partir da análise dos dados, observamos que na categoria – disponibilidade dos profissionais para ajudar, ocorrem diferenças significativas nas Unidades, nomeadamente na Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM), onde se verificam alguns utentes não satisfeitos nem insatisfeitos, explicando-se a partir da dificuldade que os profissionais têm de oferecer resposta rápida a todos os utentes que lhes solicitam ajuda, derivado do grau de exigência de cuidados ser superior em cada utente aí internado. O desempenho técnico dos profissionais é considerado bastante satisfatório no que concerne às componentes de higiene pessoal do utente (74,3% dos utentes está muito satisfeito) e administração da medicação (71,4% está muito satisfeito). Ambas as tarefas são consideradas de elevada importância no cuidado aos utentes idosos - a manutenção de higiene é necessária para lhe conferir conforto e bem-estar (Imaginário, 2006), e a

administração de medicamentos, envolve a verificação das posologias, doses, horários, e supervisionamento da toma pelos utentes (Berger e Mailloux-Poirier, 1995). O desempenho dos profissionais face ao tratamento prático diário (fisioterapia) envolve níveis de satisfação inferiores por parte dos utentes, especificamente na Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM), derivado essencialmente, da sua não prática regular, como já referido anteriormente. A componente referente à integração e informação, revelou resultados menos satisfatórios no que diz respeito à disposição e esclarecimento de informação relativa ao problema de saúde dos utentes e ao tratamento a adotar na Unidade, onde 20% e 14,3% dos utentes, respetivamente, referiu estar insatisfeito. Esta falta de informação aparece unânime na literatura como fonte de insatisfação dos utentes, onde frequentemente, o utente *“não sabe nada sobre a doença, não conhece o diagnóstico e não é informado sobre os procedimentos; muitas vezes nem as questões que coloca lhe são respondidas.”* (Cabete, 2005:21).

A dimensão de satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados na Unidade contempla maiores níveis de satisfação dos utentes no que concerne aos aspetos envolventes das instalações da Unidade, e à existência de equipamentos técnicos adequados às limitações dos utentes. Nas instalações da Unidade destaca-se a satisfação elevada com a localização da Unidade (62,9% dos utentes está muito satisfeito), derivado essencialmente da proximidade geográfica da sua família e amigos, possibilitando a sua visita frequente; com o espaço das divisões da Unidade – quartos, sanitários, salas comuns, e refeitório, onde 82,9% dos utentes está muito satisfeito, e enaltece a facilidade de circulação que o espaço das divisões lhes proporciona; e, também com o conforto e privacidade proporcionado pelos quartos pessoais (60% está muito satisfeito). Nesta categoria ressaltam-se como aspeto menos positivo, o silêncio nos quartos, onde 25,7% dos utentes refere não estar satisfeito nem insatisfeito, e 2,9% refere estar insatisfeito. Os idosos são um grupo particularmente vulnerável e sensível ao ruído, podendo o mesmo causar-lhes alterações no sistema nervoso, incómodo, e impedir-lhes a atenção, a comunicação, o descanso, e o sono (Santos *et al*, 2013:46). No presente estudo, os utentes referiram como principal fonte de ruído os próprios utentes. No que concerne aos equipamentos adequados às limitações individuais dos utentes, foi verificado um nível de satisfação muito elevado, onde 77,1% dos utentes referiu estar muito satisfeito com a adequação das instalações sanitárias, estando estas preparadas, e disponibilizando todos os equipamentos necessários às limitações e às necessidades dos utentes, como barras de apoio para o banho e na sanita, lavatórios rebatíveis, chuveiros de grandes dimensões, com piso anti-derrapante, e cadeiras de banho, entre outros; assim como grande parte dos inquiridos (71,4%) referiu estar muito satisfeito com os equipamentos técnicos dispersos

pela Unidade, como elevadores, rampas e barras de apoio, possibilitando-lhe a sua deslocação pela Unidade. Na categoria representada pelo regulamento interno de funcionamento e horários estabelecidos na Unidade, verificaram-se alguns utentes insatisfeitos e/ ou nem satisfeitos nem insatisfeitos. Este facto ocorre em prol da mudança a que o utente incorre quando internado numa Unidade, onde na maioria das vezes, a rotina, horários, e hábitos de vida, derivados de novas regras, diferem das suas, não sendo por esse motivo, bem aceite (Cabete, 2005:20). No que diz respeito aos serviços disponibilizados pela Unidade, ressalta-se como aspeto menos positivo a higiene e a limpeza das instalações, onde 22,9% dos utentes referiu não estar satisfeito nem insatisfeito, tal resultado advém particularmente dos utentes internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM), onde se ressalvam diferenças significativas face aos utentes das outras Unidades. Outro aspeto em que houve menor satisfação, foi referente ao serviço de refeição, essencialmente no que respeita à sua qualidade, onde 25,7% dos utentes referiu não estar satisfeito nem insatisfeito, e 8,6% referiu estar insatisfeito, e no que se refere a sua variedade, onde 25,7% referiu não estar satisfeito nem insatisfeito e 2,9% referiu estar insatisfeito, contudo a maioria refere estar satisfeita. Numa Unidade de internamento, onde se concentram indivíduos tão distintos e peculiares, torna-se complicado agradar ininterruptamente a todos, contudo, verifica-se um notável atendimento às necessidades nutricionais dos utentes, por parte das Unidades. A satisfação dos utentes internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção, apresenta diferenças face à verificada nas outras Unidades, no que respeita à temperatura das refeições, onde a maioria dos utentes aí internados (46,2%) se manifesta como não satisfeito nem insatisfeito, isto deve-se ao facto de as refeições serem preparadas num Lar exterior à Unidade, pelo que a comida, por vezes, quando servida já não se apresenta tão quente.

Verificou-se através de uma análise de medida de associação – Correlação de *Sperman*, a existência de uma correlação positiva entre ambas as dimensões de satisfação estudadas, o que indica que a um maior nível de satisfação com a equipa de profissionais de saúde está associado um maior nível de satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados, e o mesmo inversamente. Revelando deste modo que os utentes mais satisfeitos com a qualidade técnica e relacional da equipa de profissionais de saúde são também aqueles que mostram um nível mais elevado de satisfação com os aspetos organizacionais e serviços prestados da Unidade, e o mesmo, inversamente.

VI. Conclusão

Conclusão

Com o crescimento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, levou a que os cuidados de saúde prestados, tradicionalmente, deixassem de ser adequados, surgindo a necessidade de emergir um tipo de cuidados mais diferenciados, que privilegiasse as verdadeiras necessidades destes indivíduos, promovendo-lhes a sua autonomia, reabilitação, e reintegração na sociedade, para poderem auferir de uma maior Qualidade de Vida. São estes os pressupostos base da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no sentido de que a finalidade destes cuidados não implica a cura de doenças, mas sim a reabilitação e manutenção. Para além destes pressupostos, a criação da RNCCI, possibilitou um “alívio” nos reinternamentos Hospitalares, pelo que as camas disponíveis podem, agora, ser utilizadas, de forma mais adequada às necessidades dos utentes que sofrem de doença aguda, o que implicou, por sua vez, também uma redução dos custos de saúde. Numa altura em que cada vez são maiores as expectativas e as exigências dos utentes, avaliar a qualidade de qualquer cuidado de saúde torna-se imprescindível, especialmente, num contexto de cuidados de internamento de pessoas com um maior nível de fragilidade. Esta avaliação da qualidade associa-se à perceção de satisfação que os próprios utentes detêm dos serviços de saúde, que usufruem deles de forma direta e clara, percecionando melhor o que funciona bem, e o que poderá ser alterado.

Enquanto estudo de investigação, o mesmo compreendeu algumas limitações. O estudo defrontou-se com algumas dificuldades no acerto com as Unidades para a elaboração dos questionários, revelando-se moroso, e onde foram verificados altos índices burocráticos que atrasaram todo o processo de recolha de dados. O contato com as mesmas seguiu linhas formais de comunicação e de informação do estudo em si, pelo que algumas Unidades mostraram extensos períodos temporais de resposta, assim como foram solicitados diferentes tipos de informação como requisito na aplicação efetiva do estudo. Esta dificuldade no contato e acerto com as Unidades implicou atrasos que restringiram o potencial número da amostra recolhida.

Outra limitação verificada no presente estudo, deveu-se ao mesmo ser constituído por dois questionários de alguma dimensão, o que se verificou no decorrer do mesmo, como algo ambicioso e limitativo. O facto de os inquiridos constituírem um grupo populacional com especificidades muito próprias, e de se encontrarem em contexto de internamento, levou a que o período necessário para aplicação dos questionários, aumentasse significativamente, pelo que a demora média por inquirido rondou os 45 minutos.

Foi realizado um estudo de carácter transversal, o que incorreu, necessariamente, em apenas um único momento de aplicação dos questionários, de referir que seria interessante aplicar os mesmos questionários em diferentes períodos cronológicos – No momento de entrada do utente na Unidade, e no momento de alta e saída da mesma, dando uma maior solidez à investigação, e uma maior validade dos resultados, respetivamente à perceção de Qualidade de Vida inicial, e à auferida nas Unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, de forma a compreender o seu impacto. A escolha do estudo transversal recaiu imperativamente pelo reduzido espaço temporal, resultante das respostas tardias das Unidades quanto à sua disponibilidade para colaborar no estudo, limitando desta forma, a aplicação de um estudo longitudinal.

Estamos cientes de que com um período de tempo superior, teria sido possível abranger um maior número de Unidades de internamento, e o consequente aumento de inquiridos, o que traria uma aproximação superior à população do estudo, e permitiria a obtenção de resultados mais robustos e válidos referentes às diferentes tipologias de Unidades de internamento da RNCCI.

Esta linha de investigação por nós tomada poderá constituir um caminho para importantes linhas de investigação futuras, onde seria interessante proceder a um estudo a nível nacional, utilizando uma metodologia de natureza longitudinal, aplicando os mesmos questionários aos utentes aquando a sua entrada nas Unidades, e no momento da sua alta. Isto de forma a compreendermos a perceção de Qualidade de Vida que os utentes auferem nestas Unidades, assim como a satisfação com estes cuidados de saúde prestados pelas respetivas Unidades, que a população do estudo perceciona, verificando as Unidades que poderão estar “aquém” da qualidade imposta neste tipo de serviços, e modificar os fatores indiciados pelos utentes, para uma melhoria substancial da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

VII. Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

AGUIAR, P. - Bioestatística em Investigação Epidemiológica: Aplicações em SPSS. Lisboa: Climepsi editores, 2007.

ALVES DOS SANTOS, A. - Qualidade de Vida e Solidão na Terceira Idade. Porto: Faculdade de Ciências do Porto. Universidade Fernando Pessoa, 2008. Monografia elaborada para obtenção do grau de licenciatura em Psicologia (ramo clínico).

AMARAL, M. F.; VICENTE, M. O. - Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. Revista Portuguesa de Saúde Pública. VOL. 18, Nº2 Lisboa - Julho/Dezembro (2000) 23-31.

Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-02-2000.pdf>

BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. - Pessoas idosas: Uma abordagem global. Processo de enfermagem por necessidades. Lisboa: Lusodidactica, 1995

BOTELHO, M. - Autonomia funcional em idosos: caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano. *Porto: Laboratórios Bial*, 2000.

CABETE, D. - O idoso, a doença e o Hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas. Loures: Lusociência, 2005.

CABRAL, M. *et al* - Processos de envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições de vida. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013.

CANHA, C. *et al*. – Rede Nacional de Cuidados Continuados e Tempo de Internamento dos Doentes com Acidentes Vascular Cerebral 2010-2011. Revista Científica da Ordem dos Médicos. 26(6) (Novembro/ Dezembro 2013) 683-688.

CARNEIRO, R. (Coord.) - Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa - Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa, 2012.

COSTA, M. - Cuidar idosos: Formação, práticas e competências dos enfermeiros. Lisboa: Educa (Co-edição Formasau), 2002.

DA FONSECA SANTOS, *et al* - A qualidade de vida do idoso: o caso da Cova da Beira. Revista de Enfermagem Referência. Edição n.º11, IIIª Série (Dezembro 2013). 37-48. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn11/serIIIIn11a05.pdf>

DA SILVA, *et al*. - Cuidado à pessoa idosa – estudos no contexto luso-brasileiro. Brasil: Editora Sulina, 2010.

DECRETO-LEI n.º101/2006. D.R. Iª Série-A. 109 (06.06.2006), 3856 – 3865. Disponível em: http://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf

DELOITTE - Saúde em análise: Uma visão para o futuro. Public Sector, Life Sciences & Healthcare, 2011. Disponível em http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt%28pt%29_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf

DIAS, A.; SANTANA, S. – Cuidados integrados: Um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde. Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão (Outubro/Dezembro 2008; Janeiro/Março 2009) 12-20.

DOS SANTOS, C. – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: O Idoso, a Alta e a Capacidade Funcional. Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Ciências Sociais. Braga, 2011.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – Avaliação do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados na Saúde, 2013. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/824/Cuidados_continuados.pdf

FELIZ, J. – A relação entre a qualidade de vida dos idosos e os cuidados continuados: contributos para (re) pensar a dimensão social da Qualidade de Vida. In: III SEMINÁRIO DE I&DT, C3i-Centro Interdisciplinar de Investigação e Inovação do Instituto Politécnico de Portalegre, 6 e 7 de Dezembro de 2012. Portalegre, 2012.

FERNANDES DA SILVA, J. - Quando a vida chegar ao fim: expectativas do idoso hospitalizado e família. Lisboa: Lusociência, 2006.

FIGUEIRA, A. – Qualidade de Vida e Espiritualidade em Pessoas Idosas. Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências na Saúde, 2010.

FODDY, W. - Como perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários. Oeiras: Celta editora, 1996.

FORTIN, M. - O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, 1999.

FRIES, J. – Ageing Natural death and the compression of morbidity. New England Journal of Medicine 30(3) (1980) 130-135.

GHIGLIONE, R., MATALON, B. - O Inquérito: Teoria e prática. Oeiras: Celta Editora, 1993.

GIL, A. - Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Atlas 2ª Edição, 1989.

GONÇALVES, S. – Cuidados Continuados Integrados. In Simões, J. – 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: Um percurso comentado. Coimbra: Almedina, 2010. 561-599.

HALL, M.; *et al.* - Cuidados médicos ao doente idoso. 1ª Edição Lisboa: Climepsi, 1997.

HESPANHOL, A.; *et al.* – Assegurar Qualidade no Centro de Saúde São João. Arquivos de Medicina. 19(5-6), (2005) 191-197.

HILL, M., HILL, A. - Investigação por Questionário. Lisboa: Edições Sílabo, 2000.

IMAGINÁRIO, C. - O idoso dependente em contexto familiar – Uma análise da visão da família e do cuidador principal. Coimbra: Formasau, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) - O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) - Estatísticas demográficas 2009. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) - Estatísticas demográficas 2010. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2012.

LAZARUS, R. – Coping with aging: Individuality as a key to understanding. In NORDHUS, I.; VANDENBOS, G.; BERG, S. & FROMHOLT, P. (Eds) – Clinical Geropsychology Washington, DC: American Psychiatric Press (1998) 109-127.

MAÑAS RODRIGUEZ, L. – Biología del envejecimiento . In LLERA GUILLON, Francisco; MARTIN MOLINO, Jesús Pérez del - Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson, 1994.

MARÔCO, J. – Análise Estatística com o SPSS Statistics. 5ª Edição, Pêro Pinheiro: Report Number, 2011.

MENDES, F. *et al.* - Satisfação dos utentes com os Cuidados de Saúde Primários. Revista de Enfermagem Referência. Edição n.º9, IIIª Série (Março 2013) 17-25. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn9/serIIIIn9a02.pdf>

MILAN, G.; TREZ, G. – Pesquisa de Satisfação: Um modelo para planos de saúde. ERA eletrónica 4(2): Art. 17 (Julho/Dezembro 2005)

MONTEIRO, M. *et al.* – *Continuous Care Units: a response to aging and dependency in Portugal* – Unidade de Cuidados Continuados Integrados: uma resposta ao envelhecimento e à dependência em Portugal. Biomedical and Biopharmaceutical Research. 10:2 (2013) 163-178.

MOURA, C. - *Século XXI – Século do envelhecimento*. Loures: Lusociência, 2006.

MOURO, I. - Doentes crónicos idosos nas UCCI: Qualidade de Vida e Satisfação. Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro – Secção Autónoma de Ciências na Saúde, 2010.

NNODIM JO, ALEXANDER NB – Avaliação das quedas nos adultos idosos: Uma avaliação abrangente das quedas para reduzir o risco de queda nos adultos idosos. Revista *Geriatrics*. 2:8 (Março/ Abril 2006) 58-66.

OLIVEIRA, A.; GUIRARDELLO, E. - Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. Revista Escola de Enfermagem USP. 40(1) (2006) 71-77.

OSÓRIO, A.; PINTO, F. C. - As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa. Lisboa: Instituto Piaget – Horizontes Pedagógicos, 2007.

PAÚL, C.; FONSECA, A. - Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi Editores, 2005

PEREIRA, A.; PATROCÍNIO, T. – SPSS: Guia prático de utilização – Análise de dados para ciências sociais e psicologia. 7ª Edição, Lisboa: Edições Sílabo, 2008.

PEREIRA, M., *et al.* – Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: Um estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2(2) (2001) 68-80.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016. Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspetivando o futuro. Évora, 2010. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSC1_8.pdf

SANTOS, A., *et al.* – Satisfação do utente internado: Um estudo empírico. *Revista Sinais Vitais*. N.º101 (Março 2012) 43-50.

SANTOS, G.; SOUSA, L. - Qualidade de vida em pessoas idosas hospitalizadas: comparação da admissão com a alta do internamento. *Revista Kairós Gerontologia*, 16 (2) (Março de 2013) 07-25. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/17625/13126>

SANTOS, O., ANTUNES, A.; *et al.* – Os centros de saúde em Portugal: A Satisfação dos Utentes e dos Profissionais. 1ª Edição, Lisboa: Ministério da Saúde e Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007. Disponível em: http://www.ces.uc.pt/cesfct/ms/CSPortugal_Isabel_Craverro.pdf

SEQUEIRA, C. - Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel, 2010.

SILVA, A. – EASYcare: adaptar à avaliação geriátrica multidimensional nos cuidados continuados. Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências na Saúde, 2010.

SOUSA, J. P. - Qualidade de vida do idoso – Um estudo de revisão. Faculdade de Ciências do Porto. Universidade Fernando Pessoa, 2013. Projeto de graduação para grau de Licenciatura.

SPAR, J.; La RUE, A. - Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

SQUIRE, A. - Saúde e bem-estar para pessoas idosas: fundamentos básicos para a prática. Loures: Lusociência, 2005.

VAITSMAN, J.; DE ANDRADE, G. – Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 10(3) (2005) 599-613.

YATES, F. (1993). Biological perspectives on growing old. In J. Schroots (Ed.), *Aging, health and competence*. Amsterdam: Elsevier.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons*. WHO Centre for Health Development: Ageing and Health Technical Report volume 5, 2004. Disponível em: http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. - *WHOQOL: Measuring Quality of life*. WHO/MSA/MNH/PSF/97.4, 1997. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Definition of Health, 1946. Disponível em: <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>

Referências Eletrónicas:

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx>

Administração Central do Sistema de Saúde: <http://www.acss.min-saude.pt>

ANEXOS



(Anexo I)

Instrumento *EasyCare*

Sistema de Avaliação de Idosos

Esta avaliação visa a análise das suas principais necessidades e prioridades relativamente a sua saúde e processo de cuidados. O preenchimento desta avaliação pode ser feito por si ou com a ajuda de um profissional de saúde ou de Ação social, ou do próprio investigador. Se desejar, também pode solicitar o envolvimento de um membro da sua família ou de um cuidador no preenchimento da sua avaliação.

No início pode registar os dados sobre si próprio(a) e sobre o motivo pelo qual esta a ser avaliado.

Durante a avaliação ser-lhe-ão feitas perguntas relativamente a:

- Visão, audição e comunicação
- Cuidar de si (autocuidado)
- Mobilidade
- Segurança
- Local de residência e finanças
- Manter-se saudável
- Saúde mental e bem-estar
- Outras informações que considere importantes.

INFORMAÇÃO PESSOAL

Código de Identificação: _____

1. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

2. Idade: _____

3. Área de residência: Rural ☐ Urbana ☐

4. Estado civil atual: Solteiro(a) ☐ Casado(a) / União de facto ☐

Separado(a) / Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐

5. Anos de educação formal:

☐ Não tem

☐ 1 – 4 Anos

☐ 5 – 12 Anos

☐ Mais de 12 Anos

6. De uma forma geral, como é que o rendimento do seu agregado familiar se encontra no final do mês?

Não chega para as necessidades ☐

É mesmo à justa para as necessidades ☐

Sobra algum dinheiro ☐

7. Com quem vive?

Sozinho ☐

Em casal ☐

Com família alargada ☐

Em instituição ☐

Outra Situação ☐ Qual? _____

8. Situação profissional

Empregado(a) a tempo inteiro ☐

Empregado(a) a tempo parcial ☐

Desempregado(a) ☐

Doméstica ☐

Pensionista ☐

Reformado(a) ☐

Estudante ☐

9. Cuida atualmente de alguém? Sim ☐ Não ☐

10. Tem algum familiar ou amigo a prestar-lhe cuidados? Sim ☐ Não ☐

Sumário da condição clínica atual:**1. VISÃO, AUDIÇÃO E COMUNICAÇÃO****1.1. Consegue ver (com óculos se usar)?**Sim ☐Com dificuldade ☐Não vê nada ☐**1.2. Consegue ouvir (com prótese auditiva se usar)?**Sim ☐Com dificuldade ☐Não ouve nada ☐**1.3. Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?**Não tem dificuldade ☐Dificuldade com algumas pessoas ☐Dificuldade considerável com todas as pessoas ☐**1.4. Consegue utilizar o telefone?**Sem ajuda, incluindo procurar e marcar números ☐Com alguma ajuda ☐Não consegue usar o telefone ☐**2. CUIDAR DE SI (AUTO-CUIDADO)****2.1. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (por exemplo, pentear-se, barbear-se, maquilhar-se, etc)?**Sem ajuda ☐Precisa de ajuda para manter a aparência pessoal ☐**2.2. Consegue vestir-se?**Sem ajuda (incluindo botões, fechos, atacadores, etc) ☐Com alguma ajuda (consegue fazer parte sem ajuda) ☐Não consegue vestir-se ☐**2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?**Sem ajuda ☐Precisa de alguma ajuda ☐**2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?**Sem ajuda ☐Precisa de alguma ajuda ☐

2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?Sem ajuda (limpar o chão, etc) ☐Com alguma ajuda (consegue fazer as tarefas mais ligeiras, mas precisa de ajuda com as mais pesadas) ☐Não consegue fazer qualquer tarefa doméstica ☐**2.6. Consegue preparar as suas refeições?**Sem ajuda (planear e cozinhar sozinho(a) refeições completas) ☐Com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas mas não consegue cozinhar sozinho(a) refeições completas) ☐Não consegue preparar refeições ☐**2.7. Consegue alimentar-se?**Sem ajuda ☐ Com alguma ajuda (cortar alimentos, espalhar manteiga, etc) ☐Não consegue alimentar-se ☐**2.8. Consegue tomar os seus medicamentos?**Sem ajuda (nas doses corretas e às horas certas) ☐Com alguma ajuda (se alguém lhes preparar e/ou o lembrar de os tomar) ☐Não consegue tomar os seus medicamentos ☐**2.9. Tem acidentes com a sua bexiga (incontinência urinária)?**Não tem acidentes ☐ Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por dia) ☐Tem acidentes frequentes (uma vez por dia ou mais) ou precisa de ajuda de uma algália ☐**2.10. Tem acidentes com os seus intestinos (incontinência fecal)?**Não tem acidentes ☐ Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por semana) ☐Ou tem acidentes frequentes ou precisa que lhe seja administrado um clister? ☐**2.11. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)?**Sem ajuda (consegue chegar à sanita/cadeira sanitária, despir o necessário, limpar-se e sair) ☐Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas, incluindo limpar-se) ☐Ou não consegue utilizar a sanita/cadeira sanitária ☐**3. MOBILIDADE****3.1. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?**Sem ajuda ☐Com alguma ajuda ☐Não consegue deslocar-se ☐

3.2. Tem problemas com os seus pés?

Não ☐ Alguns problemas ☐ *Especifique, por favor:*

3.3. Consegue deslocar-se dentro de casa?

Sem ajuda ☐

Numa cadeira de rodas sem ajuda ☐

Com alguma ajuda ☐

Está acamado ☐

3.4. Consegue subir e descer escadas?

Sem ajuda (podendo usar qualquer ajuda técnica de auxílio à marcha) ☐

Com alguma ajuda ☐ Não consegue subir e descer escadas ☐

3.5. Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?

Não ☐ Uma vez ☐ 2 vezes ou mais ☐

3.6. Consegue andar no exterior? (sair da sua residência, caminhar na rua)

Sem ajuda ☐ Com alguma ajuda ☐ Não consegue andar no exterior ☐

3.7. Consegue ir às compras?

Sem ajuda (trata de todas as suas compras) ☐

Com alguma ajuda (precisa que alguém vá consigo sempre que vai às compras) ☐

Não consegue ir às compras ☐

3.8. Tem alguma dificuldade em deslocar-se a serviços públicos (tais como, consultório médico, farmácia, dentista)?

Não tem dificuldade ☐ Com alguma ajuda ☐

Ou não consegue deslocar-se a serviços públicos? ☐

4. SEGURANÇA**4.1. Sente-se seguro dentro da sua residência atual (UCCI)?**

Sim ☐ Não ☐

4.2. Sente-se seguro fora da sua residência atual (UCCI)?

Sim ☐ Não ☐

5. FINANÇAS

5.1. Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?

Sim ☐Não ☐

6. MANTER-SE SAUDÁVEL

6.1. Pratica exercício regularmente?

Sim ☐Não ☐

6.2. Fuma tabaco (cigarros, charutos, cachimbo, etc)?

Sim ☐Não ☐

6.3. Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?

Sim ☐Não ☐

6.4. Tem alguma preocupação com o seu peso?

Com excesso de peso ☐ Com perda de peso ☐ Não tem preocupações ☐

7. SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR

7.1. Consegue realizar atividades de lazer, passatempos, trabalho e outras atividades de aprendizagem que sejam importantes para si?

Sim ☐Não ☐

7.2. De uma forma geral, diria que a sua saúde é:

Excelente ☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Fraca ☐

7.3. Sente-se sozinho(a)?

Nunca ☐ Raramente ☐ Por vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre ☐

7.4. Teve dores corporais no mês passado?

Não ☐ Sim, muito suaves ☐ Sim, suaves ☐ Sim, Moderadas ☐ Sim, Fortes ☐

7.5. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por se sentir em baixo, deprimido(a) ou desesperado(a)?

Sim ☐Não ☐

7.6. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?

Sim ☐Não ☐

7.7. Tem algumas preocupações em relação a perdas/falhas de memória ou esquecimentos?

Sim ☐Não ☐

CONSENTIMENTO

A informação registada durante esta avaliação pode ser partilhada com outras pessoas envolvidas na sua prestação de cuidados. Esta informação irá ajudá-los a compreender as suas necessidades e a evitar a repetição de algumas partes da avaliação.

Autoriza que a informação registada durante esta avaliação seja partilhada com outras pessoas envolvidas na sua prestação de cuidados?

Sim ☐Não ☐

Alguna informação também poderá ser utilizada no planeamento de futuros serviços. Esta informação será anónima, para que não seja identificado(a). Autoriza que a informação registada durante esta avaliação seja utilizada para ajudar no planeamento de futuros serviços?

Sim ☐Não ☐

Há alguma informação específica que deseje que não seja partilhada? (Por favor indique os pormenores abaixo)

Sim ☐Não ☐

Existem entidades ou pessoas com as quais não deseje que a informação seja partilhada? (Por favor indique os pormenores abaixo)

Sim ☐Não ☐**Comentários:**

(Anexo II)

Scores do EasyCare

Pontuação de (in)dependência (0-100)	
Indicador da necessidade de suporte (pontuações entre parêntesis)	Questões
Não consegue utilizar o telefone (3), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)	1.4.
Precisa de ajuda para manter o aspeto cuidado (5), sem ajuda (0)	2.1.
Não consegue vestir-se (6), com alguma ajuda (4), sem ajuda (0)	2.2.
Não consegue tomar banho/duche (5), sem ajuda (0)	2.4.
Não consegue fazer as tarefas domésticas (3), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)	2.5.
Não consegue preparar refeições (5), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)	2.6.
Não consegue alimentar-se (8), com alguma ajuda (3), sem ajuda (0)	2.7.
Não consegue tomar medicamentos (4), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)	2.8.
Acidentes frequentes de bexiga (8), ocasionais (6), sem acidentes (0)	2.9.
Acidentes frequentes de intestinos (8), ocasionais (6), sem acidentes (0)	2.10.
Não consegue utilizar a sanita (7), com alguma ajuda (4), sem ajuda (0)	2.11.
Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira (7), com alguma ajuda (4), sem ajuda (0)	3.1.
Acamado (8), precisa de ajuda para se deslocar dentro de casa (7), de cadeira de rodas sem ajuda (5), sem ajuda (0)	3.3.
Não consegue subir nem descer escadas (4), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)	3.4.
Não consegue andar no exterior (6), com alguma ajuda (3), sem ajuda (0)	3.6.
Não consegue ir às compras (4), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)	3.7.
Não consegue deslocar-se a serviços públicos (5), com alguma ajuda (2), sem dificuldade (0)	3.8.
Não consegue gerir as finanças (4), capaz de gerir (0)	5.1.
Risco de Falha do Cuidado (1 ponto a cada resposta positiva - Total de 12)	
Indicador de risco	Questões
Não consegue ou precisa de ajuda a vestir-se	2.2.
Não consegue ou precisa de ajuda a tomar banho	2.4.
Não consegue ou precisa de ajuda a alimentar-se	2.7.
Não consegue ou precisa de ajuda para usar a sanita	2.11.
Tem acidentes com a bexiga	2.9.
Sofreu uma ou mais quedas nos últimos 12 meses	3.5.
Preocupações com perda de peso	6.4.
Saúde em geral fraca	7.2.
Muitas dores corporais fortes no último mês	7.4.
“Em baixo”, deprimido ou desesperado	7.5.
Pouco interesse ou prazer em fazer coisas	7.6.
Perda de memória ou esquecimentos	7.7.
Risco de Quedas (1 ponto a cada resposta positiva - Total de 8)	
Indicador de risco	Questões
Tem dificuldade em ver	1.1.
Não consegue ou tem dificuldade em deslocar-se (da cama para a cadeira)	3.1.
Problemas com os seus pés	3.2.
Sofreu uma ou mais quedas nos últimos 12 meses	3.5.
Não consegue ou precisa de ajuda para andar no exterior	3.6.
Falta de segurança na residência atual (Unidade)	4.1.
Falta de segurança fora da residência atual (Unidade)	4.2.
Ingestão excessiva de álcool	6.3.



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

(Anexo III)

Questionário de Avaliação da Satisfação dos Utentes internados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados

A informação recolhida é estritamente confidencial e anónima.

Código de identificação do utente: _____

Unidade de Cuidados Continuados:

Data de recolha de dados: ____ - ____ - ____

O presente questionário foi elaborado no âmbito do Trabalho de Projeto “A Satisfação e a Qualidade Vida dos utentes em Unidades de internamento da RNCCI” para a finalização do meu Mestrado de Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública.

Os dados recolhidos visam analisar o grau de satisfação dos utentes relativamente à Equipa de Profissionais, aos cuidados prestados, e à organização dos serviços.

--

Marisa Félix

De forma a avaliar a satisfação dos utentes em Unidades de internamento de Cuidados Continuados Integrados, gostaria de poder contar com a sua colaboração no questionário aqui apresentado, procurando obter informações sobre si e sobre a sua opinião relativa à equipa de profissionais, aos cuidados prestados, e à própria organização dos serviços da Unidade de Cuidados onde se encontra internado.

Este questionário é composto por um total de 38 questões, estando divididas em duas partes: a primeira parte (A) corresponde à satisfação com a Equipa técnica (médicos, enfermeiros, auxiliares de saúde, assistente social, terapeuta da fala, fisioterapeutas, psicólogos, terapeuta ocupacional), e contém 18 questões; e a segunda parte (B) diz respeito Organização dos Serviços e aos cuidados prestados na Unidade de Internamento, contendo 20 questões.

Por favor, responda a todas as questões, numa escala de 1 a 5, onde o 1 corresponde a “Muito insatisfeito”, e o 5 a “Muito satisfeito”, assinalando com um “x” a opção que corresponde à sua opinião.

Uma vez mais, refiro que as respostas serão totalmente confidenciais.

Avaliação da Satisfação relativa à Equipe de Profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de saúde, assistente social, terapeuta da fala, fisioterapeutas, psicólogos, terapeuta ocupacional) - (marque com um “x” a opção que corresponde à sua opinião)

1. Forma como fui recebido(a) e integrado(a) na Unidade.
2. Informação disponibilizada e esclarecida devidamente, quanto:
2.1. Ao seu problema de saúde (doença, motivos de internamento)
2.2. Ao tratamento médico e prático que irá adotar na Unidade e no pós-alta
2.3. Às suas dúvidas e esclarecimentos quando necessita
3. Desempenho dos profissionais na prestação de cuidados, relativamente:
3.1. À medicação
3.2. À higiene pessoal
3.3. À alimentação
3.4. Ao tratamento prático diário (exercício físico, exames médicos; ...)
4. Competências humanas e relacionais:
4.1. Simpatia
4.2. Respeito
4.3. Paciência
4.4. Disponibilidade para ajudar
5. Tempo de atenção e dedicação por parte dos profissionais de saúde
6. Interesse demonstrado por si, pelo seu tratamento e pela evolução do seu estado clínico

[illegible]

Avaliação da Satisfação relativa à Organização dos Serviços e aos cuidados prestados na Unidade de Internamento (marque com um “x” a opção que corresponde à sua opinião)

7.	Regulamento interno de funcionamento da Unidade
8.	Horários estabelecidos pela Unidade (para levantar, deitar, refeições, banhos, e tratamentos)
9.	Instalações da Unidade, relativamente:
9.1.	Localização da Unidade
9.2.	Perímetro do espaço das divisões (quartos, sanitários, salas comuns, sala de refeições)
9.3.	Conforto e privacidade nos quartos
9.4.	Silêncio nos quartos
9.5.	Espaços para os utentes receberem visitas do exterior
10.	Instalações sanitárias com qualidade e adequadas a possíveis limitações físicas dos utentes
11.	Equipamentos técnicos e de apoio presentes na Unidade (elevador, rampas, barras de apoio,...)
12.	Materiais e produtos técnicos (fraldas, produtos de higiene, água, medicação) de fácil acesso e ao dispor dos utentes.
13.	Higiene e Limpeza das instalações
14.	Frequência das mudas de roupa (tanto de vestir, como dos lençóis e cobertores da cama) e qualidade no tratamento das mesmas
15.	Serviços de refeição, quanto:
15.1.	À qualidade
15.2.	À variedade
15.3.	À quantidade
15.4.	À temperatura

[illegible]



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

(Anexo IV) Consentimento Informado

Aplicação do Questionário de Satisfação e Instrumento *Easy-care*

Investigadora: Marisa Rita Ferreira Félix

Contacto Telefónico: 919 644 304

E-mail: marisa.rfelix@gmail.com

Orientadores do Projeto: Prof. Dr. Adalberto Campos Fernandes e Dr. Manuel Caldas de Almeida.

O fenómeno do envelhecimento à escala mundial, sobretudo nos países desenvolvidos, representa um desafio inesperado para a sociedade, tanto ao nível individual e social, como nos sistemas de saúde. Deste modo, tornou-se necessário desenvolver estratégias e intervenções que visassem a prestação de cuidados de saúde para a população idosa, numa ótica de promoção, prevenção, tratamento da doença, e reabilitação, e foi implementado um modelo de prestação de cuidados continuados de saúde: a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Com este estudo pretendemos analisar as principais necessidades e prioridades relativamente à saúde e ao processo de cuidados de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, e que estejam em situação de internamento numa Unidade de Cuidados Continuados. Desta forma, agradecemos a sua colaboração no preenchimento de dois questionários – O *Easy-care* (Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas) que aborda a perceção da qualidade de vida do utente; e um Questionário de Satisfação, quanto ao funcionamento e cuidados prestados na Unidade de Cuidados que se encontra em situação de internamento.

O seu testemunho revelar-se-á importante, na medida em que identificadas as necessidades e prioridades, poderão delinear-se estratégias no sentido de lhes responder e, conseqüentemente melhorar a qualidade de vida dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Os dados fornecidos são estritamente confidenciais e utilizados unicamente para fins académicos, neste âmbito ser-lhe-á atribuído um código de identificação, e o seu nome não constará em lado algum dos questionários. A sua participação não acarreta qualquer custo, nem dano pessoal. Qualquer dúvida quanto aos questionários poderá ser colocada, em qualquer momento à investigadora responsável do projeto.



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

Declaração de Consentimento

Questionário de Satisfação e Instrumento *Easy-care*

Li as informações, entendendo o objetivo deste estudo, e estou ciente dos potenciais benefícios, bem como da inexistência de riscos, quanto à participação do mesmo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas.

Eu, declaro que:

- ☐ Não aceito participar
- ☐ Aceito participar

Assinatura do utente _____

E/ou (caso o utente não tenha capacidade, assina apenas a testemunha ou familiar)

Assinatura de testemunha (*Familiar, profissional de saúde presente*)

Eu, abaixo assinado, expliquei todos os detalhes relevantes deste estudo ao paciente indicado acima e/ou à pessoa autorizada para consentir pelo paciente.

Assinatura do investigador

(Marisa Rita Ferreira Félix)

Data: ____ - ____ - ____



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

(Anexo V - Pedido de autorização para aplicação de questionários nas Unidades)

Exmo. (Nome do Diretor)

Unidade (Nome da Unidade da Cuidados Continuados Integrados)

Morada

Código Postal

Lisboa, Data

Assunto: *Pedido para aplicação do instrumento Easy-Care e Questionário de Satisfação a idosos em Unidade de internamento de Cuidados Continuados*

A discente Marisa Rita Ferreira Félix, aluna do VIII Mestrado de Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa, encontra-se a realizar o seu Projeto de investigação sob a orientação do **Professor Doutor Adalberto Campos Fernandes** e do **Doutor Manuel Caldas de Almeida**. O projeto pretende avaliar a qualidade de vida de utentes em situação de internamento em Unidades de Cuidados Continuados de Convalescença, Média Duração e Reabilitação, e Longa Duração e Manutenção, bem como a sua satisfação relativa aos profissionais, cuidados prestados, e organização do serviço. A seleção dos indivíduos obedece aos seguintes critérios: Idade igual ou superior a 65 anos, sem defeito cognitivo, e se encontrarem em período de internamento na Unidade.

A aluna pretende utilizar o instrumento *Easy-care* - Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas, que engloba uma sessão de questões sociodemográficas, e outras sessões que avaliam as capacidades dos doentes e a sua qualidade de vida através de parâmetro sensoriais, autocuidado, mobilidade, segurança, residência e finanças, hábitos saudáveis, saúde mental e bem-estar, e medicação; e um Questionário de Satisfação elaborado pela própria, com vista a compreender a satisfação dos utentes

Marisa Rita Ferreira Félix
Escola Nacional de Saúde Pública

quanto ao funcionamento, cuidados prestados, informações fornecidas acerca do estado clínico dos utentes, condições e instalações físicas, e equipa técnica de profissionais de saúde, respetivos à Unidade de cuidados continuados onde se encontram internados e a receber cuidados. Importa referir, que o instrumento *Easy-Care* já se encontra validado para a população portuguesa, e foi pedida a devida autorização para a sua utilização.

Compromete-se a salvaguarda de todas as informações obtidas, com toda a confidencialidade e anonimato dos inquiridos.

Venho assim, desta forma, solicitar a V^a Ex^a, a autorização para a aplicação destes dois inquéritos aos utentes que aceitem participar na investigação e que reúnam os critérios já referidos, na sua Unidade de Cuidados Continuados, durante os meses de Fevereiro, Março e Abril de 2014.

Envio, em anexo, os questionários que a aluna pretende aplicar, bem como a declaração de consentimento a ser entregue aos utentes.

Na expectativa do bom acolhimento deste pedido, apresento os meus melhores cumprimentos,

O DIRECTOR

(João Pereira, *Prof. Doutor*)

Lisboa, 17 de Fevereiro de 2014

Contactos da Aluna:

Marisa Rita Ferreira Félix

Aluna da Escola Nacional de Saúde Pública - Mestrado de Gestão da Saúde

Telemóvel: 919 644 304

E-mail: marisa.rfelix@gmail.com

(Anexo VI - Parecer positivo da Comissão Científica do Hospital do Mar)



Assunto: Parecer relativo à tese de mestrado: “A satisfação e a qualidade de vida dos utentes em unidades de internamento da RNCCI”

Data: 14 de Março de 2014

Foi avaliado pela presente Comissão Científica o pedido de recolha de dados no Hospital do Mar para a tese de mestrado: “A satisfação e a qualidade de vida dos utentes em unidades de internamento da RNCCI”, solicitado pela mestranda Marisa Rita Ferreira Félix, aluna do Mestrado de Gestão da Saúde VIII, sob orientação do Dr Adalberto Campos Fernandes e co-orientação do Dr Manuel Caldas de Almeida.

O presente trabalho está bem fundamentado, estruturado, tem interesse científico, e foi avaliado e aprovado pela comissão de ética do Hospital da Luz

Neste contexto o parecer da Comissão Científica é favorável à participação do Hospital do Mar no estudo proposto.

Pela comissão científica

Helena Bárrios

(Anexo VII - Parecer positivo da Comissão de Ética do Hospital da Luz)



(Anexo VIII - Autorização de utilização do instrumento EASYcare)

